

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année 1959 — N° 1

Résultats de la gastrectomie dans le traitement du cancer gastrique

TRAVAIL STATISTIQUE
DU SERVICE DU DOCTEUR CORAJOD

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 9 Janvier 1959

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean SIGUIER

Né le 3 Janvier 1928, à SAINT-ÉTIENNE (Loire)



LYON

Imprimerie BOSC Frères
42, quai Gailleton, 42

1959

RÉSULTATS DE LA GASTRECTOMIE
DANS LE
TRAITEMENT DU CANCER GASTRIQUE

Résultats de la gastrectomie dans le traitement du cancer gastrique

TRAVAIL STATISTIQUE
DU SERVICE DU DOCTEUR CORAJOD

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 9 Janvier 1959

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean SIGUIER

Né le 3 Janvier 1928, à SAINT-ÉTIENNE (Loire)



LYON

Imprimerie BOSC Frères
42, quai Gailleton, 42

—
1959

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen Honoraire M. J. LEPINE - Doyen M. H. HERMANN
Correspondant de l'Institut
Assesseur M. M. LEVRAT.

PROFESSEURS HONORAIRES : MM. NICOLAS, COLLET, GUIART, CADE, PATEL, LEPINE, TRILLAT, MOURIQUAND, MAZEL, GARIN, BONNET, GATE, MARTIN.

PROFESSEURS

Clinique médicale A	MM. LEVRAT.
Clinique médicale B	P. RAVAUULT
Clinique chirurgicale C	BERTRAND.
Clinique chirurgicale A	MALLET-GUY.
Clinique chirurgicale B	WERTHEIMER.
Clinique et prophylaxie cardio-vasculaire	FROMENT.
Clinique urologique	CIBERT.
Clinique neuro-psychiatrique et hygiène mentale	DECHAUME.
Clinique des maladies infectieuses et bactériologie	SEDALLIAN.
Clinique de chirurgie orthopédique et chirurgie infantile	GUILLEMINET.
Clinique gynécologique	POLLOSSON.
Clinique obstétricale	PIGEAUD.
Clinique stomatologique	DUCLOS.
Clinique médicale infantile et hygiène du 1 ^{er} âge	BERNHEIM.
Clinique ophtalmologique	PAUFIQUE.
Clinique et prophylaxie de la tuberculose	BRUN.
Clinique dermatologique et syphiligraphique	THIERS.
Clinique oto-rhino-laryngologique	MOUNIER-KUHN.
Pathologie médicale et clinique médicale propédeutique	CROIZAT.
Physiologie	HERMANN.
Anatomie pathologique	GUICHARD.
Physique biologique, radiologie et physiothérapie	PONTHUS
	(détaché à Beyrouth).
Thérapeutique chirurgicale et chirurgie opératoire	ROCHET.
Chimie organique et toxicologie	CHAMBRON.
Hydrologie thérapeutique, climatologie et écologie sociale	DELORE.
Chimie biologique et médicale	ENSELME.
Histologie	NOEL.
Pharmacie galénique et matière médicale	REVOL.
Médecine du travail	BOURRET.
Hygiène et action sanitaire et sociale	SOHIER.
Biologie médicale et pharmacodynamie	JOURDAN.
Botanique et cryptogamie	NETIEN.
Chimie analytique pharmaceutique	BADINAND.
Pharmacie et pharmacologie	DREVON.
Médecine légale et déontologie	ROCHE.
Parasitologie et pathologie exotique	COUDERT.
Traumatologie des membres	CREYSEL J.
Cancérologie	DARGENT.
Pathologie générale et expérimentale	GIRARD P.
Anatomie	X...
Thérapeutique	X...
Pathologie chirurgicale	X...

PROFESSEUR A TITRE PERSONNEL

Physique nucléaire appliquée à la médecine M. BERGER.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Obstétrique M. BANSILLON. | Parasitologie M. ROMAN.

MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

Physiologie MM. CIER J.-F.	Anatomie pathologique .. MM. FEROLDI.
Physiologie CHATONNET.	Chimie organique
Chimie biol. et méd. CREYSEL R.	et toxicologie
Bactériologie BERTOYE A.	Thérapeutique
Pharmacie galénique	Histologie
et matière médicale .. DORCHE.	Hygiène
Anatomie DUROUX.	Parasitologie
Pharmacie et Pharmacol... CIER A.	Physique
	Cryptogamie ODDOUX.

AGREGES EN EXERCICE

Médecine générale ... MM. GALY.	Chirurgie générale ... MM. de MOURGUES.
Médecine générale ... GONIN.	Dermatologie et Syphil.
Médecine générale ... GUINET.	Electro-radiologie ...
Médecine générale ... PONT.	Maladies infectieuses ...
Médecine générale ... VIGNON.	Médecine légale ...
Médecine générale ... REVOL Louis.	Médecine du Travail ...
Médecine générale ... TRAEGER.	Neuro-chirurgie ...
Médecine générale ... PLAUCHU.	Neurologie et Psychiatr.
Médecine générale ... DEVIC Michel.	Neurologie et Psychiatr.
Médecine générale ... DESPIERRES Ch.	Obstétrique
Chirurgie générale ... MARION Pierre.	Obstétrique
Chirurgie générale ... MICHAUD.	Obstétrique
Chirurgie générale ... JAUBERT	Ophtalmologie
	Orthopédie
Chirurgie générale ... de BEAUJEU.	Oto-rhino-laryngologie.
Chirurgie générale ... SAUTOT.	Pédiatrie et Puériculture
Chirurgie générale ... GUILLEMIN.	Stomatologie
Chirurgie générale ... FRANCILLON.	Urologie
Chirurgie générale ... SAUBIER.	
	DURRAND Louis.

EXAMINATEURS DE LA THESE :

Président : M. BERTRAND ; Assesseurs : MM. PEYCELON, GIRARD M. et FRANCILLON.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MON PERE ET A MA MERE

Leur vie est pour moi un exemple.
Je leur dédie ce travail en modeste
hommage aux sacrifices qu'ils se sont
imposés pour assurer mon avenir et
en gage de filiale affection.

A MA FEMME

Sa tendresse et son dévouement me
sont toujours un chaud réconfort. Que
ce travail lui soit un témoignage de
toute mon affection.

A MES FILS

A TOUS LES MIENS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553605_0046

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BERTRAND

Il nous a fait le grand honneur de
présider notre jury de thèse. Nous
voulons l'assurer de notre sincère gra-
titude et le prions de croire à notre
profond respect.

A NOS JUGES

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PEYCELON

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MARCEL GIRARD

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ FRANCILLON

Ils ont bien voulu accepter de nous
juger. Qu'ils trouvent ici l'expression
de nos sentiments très respectueux et
très reconnaissants.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CORAJOD
Chirurgien des Hôpitaux de Saint-Etienne

Il nous a toujours réservé le plus aimable accueil et nous a fait l'honneur de nous confier ce sujet de thèse. Il nous a guidé dans ce travail dont une large part lui revient et ses bienveillants conseils nous ont été précieux. Nous le prions de trouver ici l'expression de notre respectueuse gratitude.

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX
ET LA FACULTE DE LYON

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX DE SAINT-ETIENNE

A TOUS NOS AMIS DE L'INTERNAT DE SAINT-ETIENNE

INTRODUCTION

Ce travail comporte l'étude de 201 cas de cancers gastriques, opérés par le même chirurgien, pendant une période de treize ans, de 1945 à 1957, tant dans sa clientèle hospitalière que privée. Ces observations concernent 122 hommes et 79 femmes.

Parmi ces malades, 101 furent l'objet d'une intervention radicale, exérèse sub-totale pour 86 d'entre eux, totale pour 15 autres.

Dans 67 cas, seule une intervention palliative de dérivation put être pratiquée.

L'extension des lésions limita le geste opératoire à une simple laparotomie chez 24 malades.

Neuf malades ont été jugés inopérables.

Au cours des 13 années étudiées le pourcentage relatif des diverses interventions a varié au profit des exérèses. L'utilisation des antibiotiques, l'amélioration des méthodes d'anesthésie, la correction des troubles généraux pré et post-opératoires ont favorisé le nombre et l'étendue des gastrectomies. Ce sont elles que nous envisagerons plus particulièrement.

Le même chirurgien ayant traité tous les cas présentés nous pensons que l'étude statistique bénéficie d'un certain facteur d'homogénéité.

En ce qui concerne la clientèle hospitalière surtout, d'assez nombreux malades ont été perdus de vue après un temps variable et n'ont pas répondu aux convocations et aux lettres enquêtant sur leur sort : Ils sont compris dans le passif de notre statistique.

Après un bref historique, nous exposerons quelques considérations étiologiques, anatomiques et cliniques. Nous étudierons ensuite les traitements appliqués et les résultats obtenus. Enfin les observations des malades gastrectomisés seront suivies par un chapitre d'indications opératoires.

CHAPITRE I

HISTORIQUE

Péan, à Paris, en 1879 enleva une tumeur pylorique et sutura le duodénum à l'estomac. Cette intervention ouvrit l'ère proprement chirurgicale du cancer gastrique. En 1881, Billroth mit à son actif le premier succès opératoire. Ces pylorectomies se vulgarisèrent rapidement. Il s'agissait d'interventions limitées qui n'ont qu'un rapport lointain avec ce que l'on entend par « gastrectomie » à l'heure actuelle, en matière de cancer.

A cette époque la laparotomie exploratrice était assez souvent pratiquée mais les moyens d'investigation étaient pauvres et ne permettaient pas de poser un diagnostic précoce. Des tentatives de gastroscopie avaient été faites par Mickulicz en 1881, mais c'est l'apparition de la radiologie qui marqua, en 1904, avec Rieder et Holznecht, l'étape décisive.

Woelfler, en 1881, pratiqua la première gastro-entérostomie avec succès en pré-colique antérieure.

Doyen et Kocher avaient amélioré la technique de Péan mais, après, Billroth, Polya innova divers procédés d'anastomose gastro-jéjunale qui laissèrent plus de latitude à la résection gastrique.

Hartmann et Cunéo montrèrent par leurs études anatomiques l'étendue de l'exérèse nécessaire.

De la pylorectomie qui n'avait que peu de prétention curative mais visait à rétablir le transit intestinal, on est arrivé à des opérations radicales de plus en plus larges, dont les progrès de l'anesthésiologie et les soins pré et post-opératoires allégèrent la gravité.

A l'heure actuelle, afin de réaliser une résection gastrique en zone saine, passant très au large du néoplasme, la gastrectomie emporte quelques centimètres de duodénum au-delà du

pylore et vers le haut, ne laisse qu'un minime moignon gastrique ou supprime la totalité de l'estomac. La nécessité d'un curage lymphatique, le plus complet possible, commande d'ailleurs des résections très étendues, même dans le cas d'une tumeur étroitement localisée. Le décollement colo-épiploïque, l'ablation du petit épiploon jusqu'à la pars condensa, la section de la coronaire au ras de son émergence concourent à l'étendue de ce curage.

Suivant les besoins, l'exérèse peut d'ailleurs devenir régionale, emportant la rate, une partie du méso-colon-transverse ou du pancréas ; obligeant parfois à une résection colique.

Ces dernières années les partisans de la gastrectomie totale de principe ont pu opposer leurs conceptions à celles des partisans de la gastrectomie sub-totale large.

CHAPITRE II

CONSIDERATIONS ETIOLOGIQUES

Elles n'envisagent que les 192 malades opérés.

Sexe des malades.

La répartition des malades selon le sexe est conforme aux données classiques : Elle fait ressortir la prédominance des cas masculins, mais la différence n'est pas très accusée : 114 hommes pour 78 femmes, soit 59,4 % et 40,6 %.

Age des malades.

L'âge moyen des malades opérés est de 58 ans pour les hommes et de 60 ans pour les femmes. La répartition des âges s'établit comme suit :

AGE	HOMMES	FEMMES	% TOTAL
Moins de 36 ans	6 (5,2 %)	2 (2,5 %)	4,6 %
De 36 à 45 ans	14 (12,2 %)	4 (5 %)	9,3 %
De 46 à 55 ans	23 (20,1 %)	18 (23 %)	21,3 %
De 56 à 65 ans	44 (38,6 %)	32 (41 %)	39,5 %
De 66 à 70 ans	11 (9,6 %)	13 (16,6 %)	12,5 %
De 71 à 80 ans	15 (13,1 %)	8 (10,2 %)	11,9 %
Plus de 80 ans	1	1	

Ces chiffres n'offrent rien d'exceptionnel. Le cancer du jeune, bien que peu fréquent, n'est pas une rareté : 5 % des cas dans notre statistique. La période critique se situe entre 50 et 65 ans, avec, semble-t-il un plus grand nombre de formes tardives chez la femme. Au-dessus de 75 ans le nombre des opérés décroît brusquement et nous n'avons que deux interventions au-dessus de 80 ans.

CHAPITRE III

CONSIDERATIONS ANATOMIQUES

A. — Localisations des cancers gastriques.

Les localisations antro-pyloriques représentent 75 % des cas avec la répartition suivante : (192 cas opérés dont 101 gastrectomies).

			Taux d'exérèse
<i>Localisations antro-pyloriques</i>	145 au total avec	70 exérèses.	48,2 %
Formes limitées au pylore	14	6	
Petite courbure horizontale	58	40	
Grande courbure	2	2	
Formes étendues	71	22	

Les formes limitées au pylore sont, comme il est admis classiquement, moins fréquentes que les cancers débutant sur la petite courbure horizontale.

Dans 14 % des cas les cancers étaient situés sur le corps de l'estomac, avec la répartition suivante.

			Taux d'exérèse
<i>Corps de l'estomac</i>	27 au total avec	19 exérèses.	70,3 %
P.C. verticale et angulus ..	24	18	
Grande courbure	3	1	

Dans cette région de l'estomac les tumeurs même volumineuses restent longtemps mobiles, ce qui explique le fort pourcentage des gastrectomies pratiquées.

Dans 5 % des cas les cancers étaient situés au pôle supérieur de l'estomac, avec la répartition suivante :

			Taux d'exérèse
<i>Cardio-tubérositaires</i>	10 au total avec	4 exérèses.	40 %
Sous-cardiaques	4	2	
Grosse tubérosité	2	2	
Formes étendues	4	0	

La latence du développement de ces cancers et la difficulté relative de leur dépistage radiologique expliquent le faible pourcentage des exérèses. Par ailleurs ces tumeurs haut situées ne sont, le plus souvent, justiciables que d'une gastrectomie totale, ou de l'abstention.

Nous avons observé d'autre part 5 cancers qui avaient un aspect macroscopique de linite plastique.

Un malade présentait des tumeurs diffuses, d'aspect polypôide, intéressant tout l'estomac.

Un autre avait 2 localisations polypôides, sur l'antra pylorique et sur la partie haute de la GC.

Enfin une forme infiltrante pure envahissait tout l'estomac.

B. — Cancers survenus après une gastro-entérostomie pour ulcère.

Cinq malades, tous des hommes, répondent à cette condition. La dégénérescence de l'ulcère peut être soupçonnée dans 3 cas mais non affirmée. Dans un cas il s'agissait vraisemblablement d'un ulcéro-cancer méconnu. Ces malades se classent ainsi :

Age	Ancienneté de la GEA	Localisation	Sanction thérapeutique
55 ans	7 ans	Antre, autour de la bouche.	Gastrectomie.
42 ans	20 ans	Tumeurs polypôides diffuses.	Gastrectomie totale.
59 ans	23 ans	Antro-pylorique.	Laparotomie.
69 ans	24 ans	Antro-pylorique.	Aucune (vérification).
56 ans	23 ans	Antro-pylorique.	Gastrectomie palliative.

C. — Formes anatomiques.

Elles ont été classées d'après l'étude des pièces de gastrectomie.

Formes infiltrantes	33 fois
Forme végétante	28 fois
Ulcéro-cancer	30 fois
Forme linite	5 fois

Dans 6 cas l'évolution clinique et radiologique fait penser à la dégénérescence d'un ulcère simple, la confirmation histologique n'a été apportée cependant que 2 fois.

D. — Formes histologiques.

L'épithélioma glandulaire typique	compte 50 % des cas.
L'épithélioma atypique	33 %
L'épithélioma colloïde	5 %
La linite plastique	3 %

Il faut compter en outre un cancer intestinal typique sur une métaplasie intestinale gastrique et un cancer atypique sur une métaplasie intestinale.

Nous avons observé un seul cas de sarcôme : Léio-myosarcôme chez un sujet de 34 ans.

Dans 2 cas le cancer s'est développé sur une plage de gastrite atrophique du type biernérien mais seule une des malades était suivie pour une anémie pernicieuse.

L'étude histologique n'a pas permis de trancher entre inflammation subaiguë et granulomatose maligne chez un homme de 53 ans porteur d'une métastase hépatique.

CHAPITRE IV

CONSIDERATIONS CLINIQUES ET RADIOLOGIQUES

A. — Considérations cliniques.

Les symptômes de début.

Dans la plupart des 201 cas observés c'est une dyspepsie de forme très variable qui ouvre la scène clinique et la domine pendant toute l'évolution, accompagnée le plus souvent par un amaigrissement progressif, une anémie plus ou moins marquée et la perte des forces. Aucun symptôme, pris séparément, n'emporte le diagnostic, mais l'ensemble du tableau est évocateur et conduit à l'examen radiologique.

Chez quelques malades (5,5 %) qui ne présentaient aucun trouble digestif, le cancer gastrique se manifesta par des symptômes aberrants ou inhabituellement précoces. Nous notons ainsi :

Deux Hématémèses graves.

Trois anémies isolées et importantes.

Deux fissurations de tumeurs qui étaient restées muettes.

Un début par ascite (homme de 77 ans).

Une tumeur découverte par palpation.

Une tumeur, non enlevable fut dépistée chez un malade de 46 ans hospitalisé pour traumatisme épigastrique.

Un malade fit un début grippal.

Délai entre le début clinique et l'intervention.

Il est très variable et les malades se répartissent ainsi : si l'on excepte les découvertes fortuites :

HOMMES

Délai de 1 mois ..	6	%	avec	28,5	%	de gastrectom. à visée curative
De 2 à 4 mois	18,2	%		50	%	
De 5 à 6 mois	19	%		31,8	%	
De 7 à 10 mois ...	8	%		20	%	
De 1 an à 18 mois	26,3	%		54,8	%	
De 2 à 3 ans	17,5	%		35,7	%	
De 4 à 9 ans	6	%		42,8	%	

FEMMES

Délai de 1 mois ..	2,5	%	avec	50	%	de gastrectom. à visée curative
De 2 à 4 mois	21,6	%		58,8	%	
De 5 à 6 mois	30,4	%		45,8	%	
De 7 à 10 mois ...	14	%		27,2	%	
De 1 an à 18 mois	10	%		37,5	%	
De 2 à 3 ans	8,8	%		71,4	%	
De 4 à 5 ans	12,7	%		20	%	

Nous avons naturellement éliminé, pour notre calcul, les symptômes qui pouvaient être rattachés à une autre affection gastrique, ulcère, gastrite ou à une affection extra-gastrique.

Ces chiffres mettent en valeur le délai souvent long qui s'écoule entre le début clinique et l'intervention : Plus d'un an, pour la moitié des hommes et pour un tiers des femmes.

Comme, par ailleurs, un bon nombre de ces malades, opérés tardivement, a pu bénéficier d'une gastrectomie à visée curative, et ceci est net surtout pour les hommes, il paraît exister une quantité importante de cancers à extension très lente et peu métastatique. L'âge du malade entre pour une part dans ces faits, les sujets jeunes présentant souvent des formes très malignes, mais aussi la forme anatomique, car nous avons retrouvé une majorité de néoplasmes ulcéramts et ulcéro-végétants parmi les opérés tardivement.

Malades arrivés en état de sténose pylorique clinique.

Hommes	27 cas sur 122 (22,1 %)	exérèses pratiques	6 (22,2 %)
Femmes	21 cas sur 79 (26,5 %)	exérèses pratiques	11 (52,3 %)
	48 cas sur 201 au total		17

Globalement un malade sur quatre est arrivé au chirurgien en état de sténose pylorique clinique.

Plus d'une femme sur deux, atteintes de cette complication a pu bénéficier d'une gastrectomie et seulement moins d'un homme sur quatre.

Perception de la tumeur à la palpation abdominale.

Si nous ne considérons que les cancéreux qui subirent une gastrectomie sub-totale, la palpation abdominale, lors de l'examen clinique, permettait de percevoir la tumeur dans 10 % des cas masculins mais dans près de 40 % des cas féminins (15 fois sur 38 cas).

B. — Considérations radiologiques.

Les radiographies gastro-duodénales objectivèrent la nature maligne de l'affection dans presque tous les cas observés et sans qu'il soit nécessaire de faire de nouveaux films. Dans l'ensemble, elles rendaient compte assez fidèlement du volume de la tumeur, en minorant toutefois celui-ci, surtout dans les formes infiltrantes.

Trente ulcéro-cancers furent enlevés, mais quatre d'entre eux seulement avaient fait l'objet d'un test thérapeutique radio-clinique avant l'intervention. Deux, sur ces quatre malades, constituèrent une sténose pylorique pendant le traitement médical d'épreuve : Il n'était dès lors plus question d'opérer « malgré une amélioration clinique ».

Il résulte de ces considérations radiologiques et des considérations cliniques qui ont précédé, que les malades ayant bénéficié d'une exérèse étaient porteurs, pour la plupart, de cancers évolués, identifiables avant l'ouverture de la pièce opératoire.

Cependant, le diagnostic entre ulcère simple et ulcéro-cancer s'est révélé quelquefois très épineux*. Quand l'étude clinique et radiologique ne faisait rien suspecter, mais que l'aspect opératoire laissait planer le moindre doute sur la nature de la lésion, celle-ci fut traitée comme un cancer. Malgré cette attitude critique, dans deux cas, l'examen histologique apporta une mauvaise surprise, alors même que l'examen de la pièce opératoire ne laissait rien soupçonner. (Observ. 7 et 59).

(*) Comme l'ont rappelé récemment Le Roy, Blanc et Cresson dans leur rapport à l'Académie de Chirurgie. *Mém. Acad. Chir.*, 27, 851-865, 1958,

CHAPITRE V

TYPES D'INTERVENTIONS PRATIQUES

Les interventions pratiquées chez nos malades peuvent être ainsi classées :

- *Laparotomies exploratrices*;
- *Interventions palliatives de dérivation simple*;
- *Exérèses ou gastrectomies* que nous divisons en :
 - Gastrectomies sub-totales à visée purement palliative ;
 - Gastrectomies sub-totales à visée curative ;
 - Gastrectomies totales de principe,
de nécessité.

Cette dernière classification appelle quelques commentaires et précisions.

Nous appelons *gastrectomies palliatives* des exérèses que l'on pourrait dire « de propreté », s'adressant à des cas avancés, avec grosse extension ganglionnaire, extension à distance, métastases hépatiques limitées. Ce sont des cas où de nombreux chirurgiens font simplement une dérivation ou font marche arrière. L'expérience nous a prouvé, que dans de tels cas, une gastrectomie large, même sans intéresser tous les territoires ganglionnaires envahis ou les métastases, donnait à l'opéré, sans augmenter notablement la mortalité, une survie de 6 mois à un an, certainement plus longue et beaucoup plus confortable que la simple dérivation.

La *gastrectomie sub-totale élargie* est l'opération type, répondant exactement aux principes de la chirurgie cancérologique, parfaitement réglée au point de vue anatomique. Elle

comporte l'ablation des 8 ou 9 dixièmes de l'estomac, ne laissant vers le haut qu'un minuscule moignon gastrique qui facilite le rétablissement de la continuité digestive, la section sur la P.C. passant immédiatement au-dessous du cardia, dessinant une petite gouttière, pour atteindre la partie haute de la grosse tubérosité, passant vers le bas sur le duodénum, à 3 ou 4 cm. en aval du pylore. Elle emporte tout le grand épiploon après décollement colo-épiploïque, tout le petit épiploon sectionné au dehors au ras du pédicule hépatique, en haut dans sa pars condensa, au ras du diaphragme. La coronaire est liée et sectionnée exactement à son émergence, contre le bord supérieur du pancréas ; ainsi tout le territoire lymphatique de la P.C. vient en bloc avec l'estomac.

Cette gastrectomie sub-totale peut être encore élargie, suivant les nécessités, à l'exérèse associée d'une partie du méso-côlon transverse, de la rate, du pancréas gauche ou même d'une colectomie transverse segmentaire.

La gastrectomie totale comporte évidemment l'exérèse de la totalité de l'estomac, avec section supérieure sur l'œsophage, au-dessus du cardia, et se termine par une œso-jéjunostomie. Elle obéit aux mêmes principes d'exérèses ganglionnaires que la gastrectomie sub-totale.

Pour l'œso-jéjunostomie, nous avons adopté au début la technique de Lefèvre, que nous avons remplacée actuellement par l'œso-jéjunostomie termino-latérale simple, après section du jéjunum, et jéjuno-jéjunostomie en Y.

Nous avons divisé les gastrectomies totales en gastrectomies totales de principe, et gastrectomies totales de nécessité. Cette classification trouvera sa justification hors de la discussion des indications.

Statistique des interventions.

192 cancéreux gastriques sur 201 furent opérés : 114 hommes et 78 femmes.

Sur les neuf malades restant, huit étaient âgés et porteurs d'un cancer très avancé, qui avait retenti trop gravement sur leur état général pour qu'ils résistent à une intervention quelconque. Le neuvième malade, admis d'urgence pour des hématoméses cataclysmiques, mourut avant que rien ait pu être tenté.

1° *Les laparotomies simples* (12,5 % des interventions) :

24 cas : 16 hommes et 7 femmes.

Il s'agissait de tumeurs inextirpables dans 20 cas. Dans les 4 autres cas, seule une gastrectomie totale aurait été logique mais l'âge et l'état général des malades l'interdisaient. Une dérivation palliative était impossible ou inutile (formes hautes ou absence de sténose).

Une thoracotomie avec phrénotomie exploratrice fut pratiquée. Un cancer haut situé fut l'objet d'une gastrectomie transpylorique.

2° *Les interventions de dérivation palliative* (34,9 % des interventions).

67 gastro-entérostomies furent exécutées sur 41 hommes et 26 femmes, soit sur un tiers des cas, et pour les indications suivantes :

Cancers inextirpables par leur extension régionale ..	40
Cancers métastatiques	10
Cancers non enlevables pour des raisons d'âge et d'état général	17

Méthodes : la voie postérieure trans-méso-colique put être utilisée dans la plupart des cas.

Chez 43 malades, l'anastomose fut réalisée avec le bouton de Jaboulay. Cette anastomose fut réalisée à la suture dans les 24 autres cas.

Mortalité opératoire : 9 malades sont morts dans les suites opératoires, tous des hommes, soit 21,9 % d'entre eux. Mortalité globale : 13,4 %.

3° *Les gastrectomies* :

Elles se répartissent de la façon suivante :

Gastrectomies sub-totales à visée curative	68
Gastrectomies sub-totales à visée palliative	18
Gastrectomies totales de principe	2
Gastrectomies totales de nécessité	13

Au total 101

Le taux des interventions d'exérèse est de 52,5 % des malades opérés. Il est de 43 % si on ne considère que les gastrectomies à visée curative.

Ces pourcentages sont comparables à ceux qui ressortent des statistiques de Desjacques : 39 % ; Levrat : 50 % ; Peycelon : 44 %.

D'autres statistiques donnent des chiffres analogues :

Delannoy	46,8 %
Guiss	40 %
Ransom	36,2 %
Berkson, Gray, Priestley, Walters ..	47,8 %

Sur 78 femmes opérées, 44 ont pu bénéficier d'une gastrectomie, soit 56,4 %. Sur 114 hommes : 57, soit 50 %.

a) *Age des gastrectomisés* :

Moins de 35 ans	8 %
De 35 à 45 ans	14 %
De 45 à 55 ans	22 %
De 55 à 65 ans	38 %
De 65 à 70 ans	13 %
De 70 à 80 ans	7 %

Nous avons retrouvé des taux semblables dans la statistique de Peycelon.

b) *Nombre des gastrectomisés par rapport au nombre des opérés selon l'âge.*

	Hommes	Femmes	% total
Moins de 35 ans.....	4 sur 6 (66,6 %)	2 sur 2 (100 %)	75 %
De 35 à 45 ans	13 sur 14 (85,7 %)	2 sur 4 (50 %)	77,7 %
De 46 à 55 ans	13 sur 23 (56,5 %)	10 sur 18 (55,5 %)	56 %
De 56 à 65 ans	20 sur 44 (45,4 %)	18 sur 32 (56,2 %)	50 %
De 66 à 70 ans	4 sur 11 (36,3 %)	9 sur 13 (69,2 %)	54 %
De 71 à 80 ans	3 sur 15 (20 %)	4 sur 8 (50 %)	30,4 %
Plus de 80 ans	1 sur 1	1	1

Le plus fort pourcentage d'exérèse se retrouve donc avant 65 ans. Après cet âge, le nombre des gastrectomies décroît rapidement chez les hommes, mais pour les femmes, il reste élevé jusqu'à 70 ans (2 sur 3) et une sur deux après cet âge, jusqu'à 80 ans.

CHAPITRE VI

LES RESULTATS DES GASTRECTOMIES

Nos résultats viennent s'ajouter à ceux exposés dans les travaux de l'Ecole Lyonnaise et les corroborer (Delore, Mallet-Guy, Burlet. Résultats éloignés des gastrectomies pour cancer. *Lyon Chirurgical*, 23, 681-742, 1926. — Desjacques, Desbordes, Chovet. Résultats éloignés de la gastrectomie sub-totale dans le cancer de l'estomac : cancer antro-pylorique. *Lyon Chirurgical*, 50, 854-856, 1955. — Peycelon, Replumaz, Charnay. Statistique de gastrectomies pour cancer. *Semaine des Hôpitaux de Paris*, 28, 50, 788-796, 1955. — Levrat, F.-X. Lesbre. Etude statistique de 426 observations de cancers gastriques. *Revue Lyonnaise de Médecine*, 7, 10, 623-631, 1958.)

A. — Résultats immédiats.

Nous étudierons successivement la mortalité opératoire et ses causes, ensuite la morbidité opératoire, dans les suites opératoires.

I. — MORTALITÉ OPÉRATOIRE.

a) Dans les gastrectomies sub-totales :

Nous comptons 11 décès dans les suites de gastrectomies sub-totales sur 86 interventions pratiquées, soit 12,8 %. Ce pourcentage est comparable à ceux offerts par les statistiques intéressant les 10 ou 15 dernières années :

Lahey		9,2 %
Pack		9,8 %
Rudler		12 %
Taylor		13,8 %

Les statistiques couvrant une plus longue période offrent des chiffres plus lourds :

Desjacques	27,8	%
Guiss	29,7	%
Peycelon	30	%

b) *Causes de la mort.*

4 lâchages de suture, dont 2 avec désunion de la paroi (Obs. 3, 12, 15, 17).

Une mort au 4^e jour.

Deux au 7^e jour.

Une au 17^e jour (36,3 % des cas).

Une embolie pulmonaire massive au 10^e jour (Obs. 21).

Une anurie post-opératoire avec iléus paralytique au 5^e jour (Obs. 56).

Un shock irréversible dans les heures suivant l'opération (Obs. 20).

Un syndrome toxico-septicémique, sans localisation, mort au 3^e jour (Obs. 30).

Une perforation gastrique avec mort au 10^e jour (14).

Une mort tardive avec occlusion au 50^e jour, précédée par un moelena rebelle (Obs. 44).

b) *Gastrectomies totales :*

La mortalité opératoire est très lourde : 6 malades sur 15, soit 40 % des cas.

Causes de la mort.

3 lâchages de suture. Une mort au 5^e jour et 2 au 7^e jour.

1 malade est mort de shock irréversible à la 12^e heure.

1 malade est mort anurique et urémique au 7^e jour.

1 malade est mort au 8^e jour par ischémie de l'anse afférente, favorisée par un système vasculaire athéromateux.

Un opéré sur deux est donc mort par lâchage de suture et un sur 3 de shock rapidement évolutif ou tarissant la diurèse en quelques jours.

Parmi ces gastrectomies totales, deux seulement avaient été exécutées « par principe », elles eurent des suites simples.

II. — MORBIDITÉ OPÉRATOIRE.

a) *Gastrectomies sub-totales*. 18 opérés ont eu des suites compliquées par des manifestations de gravité variable. Ces complications se répartissent ainsi :

Complications digestives (12 cas).

La plus fréquemment rencontrée est une diarrhée banale, quelquefois à type de diarrhée de fermentation et qui a cédé rapidement au traitement symptomatique en 2 ou 3 jours. Nous en comptons 6 cas. Ces diarrhées n'ont jamais retardé la sortie des malades.

Deux opérés ont présenté pendant 3 jours des vomissements bilieux, dus sans doute à un petit *circulus viciosus*.

Un opéré a présenté une fistule pancréatique qui s'est tarie spontanément en 8 jours.

Un opéré a présenté une fistule gastrique qui s'est tarie en 15 jours avec aspiration gastrique, après une suppuration au niveau d'un drain sous-hépatique.

Un opéré a souffert d'un ballonnement précoce qui a cédé à l'aspiration gastrique en 24 heures avec émission des gaz.

Enfin un opéré a fait une parotidite avec hyperthermie qui dut être incisée vers le 16^e jour, laissant couler un pus épais. Tout rentra dans l'ordre.

Complications d'origine vasculaire (5 cas).

Nous comptons :

- 1 infactus du myocarde.
- 2 infarctus pulmonaires.
- 2 phlébites ou menaces de phlébite.

Complications infectieuses pulmonaires.

Deux opérés firent des congestions pulmonaires banales.

Cas non classés. .

Une hyperthermie inexpliquée céda à la cryogénine.

Par ailleurs, deux opérés firent des schocks très bénins après des perfusions de sérum.

b) *Gastrectomies totales.*

Au 13^e jour, une opérée présenta un frisson avec élévation thermique et selles décolorées, symptômes qui se dissipèrent rapidement et furent attribués à une réaction ganglionnaire inflammatoire au niveau du pédicule hépatique.

Un opéré fit une hémorragie intestinale, sans suite, après aspiration jéjunale.

B. — Résultats éloignés des gastrectomies. Éléments du pronostic éloigné.

I. — *Les survies après gastrectomies sub-totales à visée curative.*

Dans nos calculs, les opérés perdus de vue sont considérés comme morts au moment même où ils ont été perdus de vue. Les opérés morts dans les suites opératoires entrent en ligne de compte.

Les survies se répartissent de la manière suivante :

Survies supérieures à	Cas		Evolutions en cours		Observat. offrent le recul corresp ^t		de survies Taux		Taux globaux
	H	F	H	F	H	F	H.	F.	
1 an ...	20	17	17	3	33	27	60,6 %	62,9 %	61,6 %
2 ans ..	16	6	11	5	30	19	53,3 %	31,5 %	44,8 %
3 ans ..	10	2	5	2	26	19	38,4 %	10,5 %	26,6 %
5 ans ..	4	1	4	1	14	11	28,5 %	9,09 %	20 %

(Obs. survies de plus de 5 ans : 4, 6, 8, 18, 40.)

Les femmes sont nettement désavantagées en ce qui concerne les survies de 5 ans : 9,09 % contre 28,5 % pour les hommes. La statistique de Peycelon défavorise aussi les survies féminines : 9 % contre 33 %. Cependant l'énorme statistique de Berkson, Gray, Priestley et Walters, portant sur 9.620 cas de la Mayo Clinic avantage les femmes, de même que la statistique de Desjacques.

II. — *Les survies après gastrectomies totales.*

Quinze gastrectomies totales furent pratiquées avec seulement deux indications de principe : C'est un chiffre trop res-

treint pour servir de base à une étude véritablement statistique. A titre comparatif, elles se classent ainsi :

Survies de 9 mois	1				
Survies de 6 mois	1				
Survies de plus de 1 an	2 (13,3 %)	dont une encore en			
		évolution.			
Survies de plus de 5 ans	3 (20 %)	dont 2 vivants après			
		7 et 10 ans.			

Il est à noter que parmi les trois survies de plus de 5 ans, une seule a été obtenue après une gastrectomie de nécessité, les deux autres opérés relevaient des deux uniques indications « de principe » et leur survie correspond à une guérison : 7 ans et 10 ans (Obs. III, IV, VIII).

La thèse de Lux (Contribution à l'étude de la gastrectomie totale dans le cancer de l'estomac, Lyon 1951) étudie les 7 premiers de ces cas.

II. — *Les survies après gastrectomie sub-totale à visée palliative.*

18 gastrectomies ont été exécutées dans un but palliatif. 5 malades ont été perdus de vue après des suites simples. 2 opérés sont morts dans les suites de l'intervention.

Six opérés sont morts dans les six mois après l'intervention.

Deux opérés sont morts à 10 et 14 mois (Obs. 47 et 77).

Un opéré va bien à 7 mois (Obs. 63).

Un opéré va bien à 2 ans et 6 mois (Obs. 26).

Un opéré va bien à 2 ans et 3 mois (Obs. 32).

Il faut noter que l'examen histologique de l'observation N° 26, tout en inclinant fortement en faveur de la malignité, ne tranche pas indubitablement pour celle-ci.

IV. — *Résultats éloignés des gastrectomies selon l'âge.*

Nous les avons schématisés selon le tableau suivant :

Age	Nombre de cas	Survies de plus de :			
		1 an	2 ans	3 ans	5 ans
Jusqu'à 45 ans	21	5	5	2	0
De 45 à 65 ans	30	30	17	10	7
De plus de 65 ans ..	20	6	4	2	1

Le cancer de l'estomac du jeune sujet a mauvaise réputation, et nos résultats viennent confirmer cette opinion : Chez eux, aucune survie de plus de cinq ans n'a été obtenue. La Thèse de Montagnon aboutissait aussi aux mêmes conclusions. (Contribution à l'étude du cancer gastrique chez le sujet âgé de moins de trente ans. Lyon 1953).

V. — *Résultats éloignés des gastrectomies selon la forme anatomique.*

Les travaux de Desjaques, de Levrat et de Peycelon mettent en évidence le pronostic relativement meilleur des gastrectomies pratiquées pour ulcéro-cancers. Nous arrivons personnellement au même résultat : Les gastrectomies ont enlevé un nombre sensiblement égal de formes infiltrantes (33), végétantes (28) et ulcérautes (30), or sur huit survies de plus de 5 ans, 5 intéressaient des opérés porteurs d'ulcéro-cancers et 1 porteur d'une forme ulcéro-végétante.

VI. — *Autres éléments du pronostic éloigné après gastrectomie.*

Comme il est bien connu et prévisible, l'envahissement ganglionnaire, même s'il n'est qu'une découverte de l'examen histologique, est un facteur très péjoratif. Seul un opéré, aux ganglions microscopiquement envahis, est mort au bout de 5 ans. Un autre a survécu 3 ans.

Sur les 83 gastrectomies, à visée curative, les ganglions étaient histologiquement envahis 24 fois, soit dans un peu moins d'un quart des cas.

La nature histologique du néoplasme, épithélioma glandulaire typique ou épithélioma atypique ne nous a pas semblé avoir d'influence sur le pronostic éloigné. La forme colloïde représente seulement 5 % de nos cas. Elle jouit de la plus fâcheuse réputation : En effet, aucun des opérés porteur de cette forme n'a vécu 2 ans.

VII. — *Cause de la mort éloignée après gastrectomie sub-totale à visée curative.*

Nous n'avons pu obtenir que des renseignements très fragmentaires sur la cause de la mort des opérés pas gastrectomie. Parmi les 18 cas donnant suffisamment de certitude à ce sujet, nous notons :

6 métastases hépatiques, soit 33,3 % (Obs. 5, 27, 34, 59, 60, 69).

9 récurrences ganglionnaires, soit 50 % (Obs. 43, 47, 64, 72, 83, 84, 27, 60).

3 récurrences locales, soit 16,6 % (Obs. 16, 61, 74).

Par ailleurs, une opérée a fait un blocage au niveau du recto-sigmoïde, envahissant le Douglas et l'utérus par évolution d'une lésion plastique (Obs. 46).

Ainsi dans la moitié de ces cas, c'est une récurrence ganglionnaire qui entraîna la mort.

Dans un tiers des cas, une métastase hépatique termina l'évolution.

Les récurrences locales, sur l'estomac restant, semblent plus rares : un malade sur six.

CHAPITRE VII

RESULTAT FONCTIONNEL APRES GASTRECTOMIE SUB-TOTALE ET APRES GASTRECTOMIE TOTALE

Dans 85 % des cas, après une période d'adaptation quelquefois très courte, les opérés par gastrectomie sub-totale ont repris du poids et des forces. Ce type d'intervention n'a jamais fait d'eux des infirmes. Nous n'avons observé aucun syndrome de dénutrition grave et aucun syndrome anémique post-gastrectomie.

Les petits repas fractionnés ont pu être abandonnés par de nombreux opérés et remplacés par les 3 repas normaux classiques. Certains d'entre eux, en sus de ces 3 repas, continuent à faire 2 collations, dans la matinée et le milieu de l'après-midi. Par ailleurs, l'intolérance à certaines catégories d'aliments s'est avérée très rare, les opérés reprenant, à peu près, leurs habitudes alimentaires antérieures.

Cependant, de nombreux gastrectomisés ont souffert de ce que nous appellerons de petits ennuis. Nous pouvons les classer ainsi par ordre de fréquence : Vient en tête le petit syndrome diarrhéique intermittent, le plus souvent sans coliques, survenant une fois à trois fois par mois et durant 24 heures avec 4 ou 6 selles. Beaucoup de nos malades reconnaissent d'ailleurs à l'origine de cette diarrhée un excès alimentaire ou une libation. Même sans insister, nous devons signaler ici la nette imprégnation éthylique régionale, à laquelle nombre de nos opérés masculins apportent leur contribution pré et post-opératoire.

Viennent ensuite les petits états nauséux ou de petites régurgitations bilieuses intermittents eux aussi.

Plus rares sont les digestions régulièrement pénibles, les lassants ballonnements post-prandiaux. Le dumping dans sa forme franche est exceptionnel, dans sa forme atténuée il répond favorablement au traitement médical.

Nous n'avons qu'un nombre trop restreint de gastrectomies totales pour étayer suffisamment une comparaison des résultats fonctionnels entre les agastres et ceux qui subirent une gastrectomie sub-totale. Même ébauchée, la comparaison est défavorable à la gastrectomie totale : ses opérés ne récupèrent que peu de poids, ils restent asthéniques ; les petits repas fractionnés sont la règle, les troubles digestifs et les malaises post-prandiaux sont infiniment plus fréquents et plus intenses, cependant nous n'avons jamais observé de syndrome anémique.

En résumé, si l'on met de côté les effets de la reprise du processus malin, nous pouvons écrire que les opérés bénéficièrent d'un confort digestif très honorable.

CHAPITRE VIII

OBSERVATIONS

OBSERVATIONS DES GASTRECTOMIES SUB-TOTALES

OBS. N° 1. — M. D..., 48 ans.

Entré le 11-2-1946. Syndrome douloureux épigastrique post-prandial. Vomissements.

Radios : Image de sténose pylorique avec lésion antrale.

Intervention : Gastrectomie sub-totale avec conservation d'un tout petit moignon gastrique. Finsterer 3 plans TMC. Fermeture sur drain.

Pièce : Cancer ulcérimforme de 6 cm. de long sur 3 de large ; Nombreux ganglions.

Histologie : Epithélioma typique glandulaire. Ganglion envahi. Suites immédiates simples.

N'a jamais donné de nouvelles.

Mort survenue le 15 novembre 1948.

OBS. N° 2. — M. C..., 39 ans.

Entré le 20-12-1947. En 1943, syndrome ulcéreux avec une hématomèse en 1944 sans lendemain. Depuis 3 mois, reprise du syndrome ulcéreux avec perte de 6 kilos.

Examen clinique : R.A.S.

Radios : Niche de la P. C. prépylorique.

Intervention : Néoplasme de la portion pré-pylorique de l'antra avec des ganglions dans les courbures mais sans infiltration des mésentères.

Gastrectomie sub-totale en conservant 3 cm. d'estomac. Polva 3 plans TMC.

Pièce : Ulcéro-cancer sur la partie pré-pylorique de la PC de la dimension d'une pièce de 5 francs.

Histologie : Epithélioma glandulaire typique. Ganglion non envahi.

Suites simples.

Revu un an après l'intervention : A repris son poids normal. Digère bien des repas normaux. Mort 3 ans et 9 mois après l'intervention.

OBS. N° 3. — M. F..., 34 ans.

Syndrome dyspeptique depuis 4 mois sans horaire ni périodicité. Amaigrissement de 10 kilos.

Examen clinique : R.A.S.

Radios : Large amputation de la PC.

Intervention : Volumineux néoplasme de toute la région antropylorique, plaqué sur la face inférieure du foie. En passant le doigt entre le foie et la tumeur, celle-ci, qui est pratiquement perforée dans le parenchyme hépatique, se déchire, créant une brèche de la dimension d'une paume de main. On est amené à une gastrectomie de nécessité. Gastrectomie sub-totale Polya TMC.

Pièce : Volumineux néoplasme occupant tout le tiers inférieur de l'estomac avec envahissement ganglionnaire considérable de toute la petite courbure.

Histologie : Il s'agit d'une LEIO MYOSARCOME.

Suites : Le shock opératoire se dissipe difficilement. Au 4^e jour, élévation de la température avec épanchement pleural gauche. Au 7^e jour, la paroi lâche avec formation d'une fistule gastrique. *Exitus*.

OBS. N° 4. — M. U..., 55 ans.

Entré le 2-11-1948. Opéré en 1941 pour un ulcère gastrique : GEA. Depuis mai 1948, syndrome anémique traité médicalement sans résultat. Weber+. On pense à une dégénérescence de l'ulcère.

Examen clinique : E. G. précaire. Anémie.

Radios : Très mauvaise imprégnation de toute la région antropylorique.

Intervention : Volumineux néoplasme occupant l'antré, s'arrêtant au pylore et entourant complètement la bouche de gastro. Pas de ganglions.

Gastrectomie des 3/4 de type Polya TMC. Il a fallu réséquer 15 cm. de jéjunum.

L'état général du malade n'autorisait pas une totale.

Pièce : 3/4 de l'estomac, tout le grand épiploon et 2 cm. de duodénum. Tumeur circulaire, bourgeonnante et ulcéreuse, de la dimension d'une paume de main. L'anastomose est entourée sans être envahie.

Histologie : Epithélioma glandulaire.

Suites simples.

Revu 3 ans après : Bon E.G. Très peu de troubles digestifs. Examen entièrement négatif.

Ce malade a donné de bonnes nouvelles 9 ans après : il peut être considéré comme guéri.

OBS. N° 5. — M. G..., 52 ans.

Entré le 1-4-1948. Syndrome dyspeptique remontant à 3 mois avec perte de 12 kilos.

Examen clinique : Pâleur, asthénie, amaigrissement profond.

Radios : Amputation antro-pylorique avec infiltration des 2/3 inférieurs de la P.C.

Intervention : Volumineuse tumeur de l'estomac, occupant depuis le pylore jusqu'à la partie basse de la portion verticale de la P.C. Ganglions dans les courbures.

Gastrectomie sub-totale élargie. Procédé de Péan.

L'état général n'autorisait pas une totale.

Pièce : Volumineuse tumeur bourgeonnante intra-gastrique du volume d'un gros poing, végétante et hémorragique.

Nombreux ganglions.

Histologie : Epithélioma glandulaire.

Ganglion examiné non envahi.

Suites simples.

Revu après 3 ans et demi. Avait été bien jusque là, mais présente alors des métastases hépatiques.

OBS. N° 6. — M. G..., 70 ans.

Entré le 17-6-1949. Depuis 6 mois présenté des crampes post-prandiales avec pesanteur épigastrique et nausées. Perte de 8 kilos.

Examen clinique : E.G. médiocre. Apyrexie. Masse épigastrique de la taille d'un citron.

Radios : Lacune prépylorique.

Intervention : Volumineux cancer antro-pylorique adhérent partiellement au transverse et au pancréas. Assez peu de ganglions. Gastrectomie sub-totale Polya TMC.

Pièce : Néoplasme ulcéro-végétant antro-pylorique.

Historique : Epithélioma glandulaire, envahissant largement les parois stomacales.

Suites simples.

Malade revu 8 ans après, allant parfaitement bien à 78 ans, digérant bien. Peut être considéré comme guéri.

OBS. N° 7. — M. M..., 30 ans.

Entré le 20-6-1949. Depuis 1943, syndrome ulcéreux assez

typique. Les radiographies de l'époque ne montraient rien. Depuis 6 mois, augmentation des douleurs et perte de la périodicité. Amaigrissement de 7 kilos.

Examen clinique : R.A.S.

Radios : Grosse niche de l'angulus évoquant l'ulcère calleux.

Intervention : Il s'agit d'un très volumineux ulcère de l'angulus avec adhérences lâches avec le pancréas.

Gastrectomie des 2/3. Polya TMC.

Pièce : Volumineux ulcère de l'angulus d'une profondeur d'au moins 3 cm. Pas de ganglions.

Histologie : Ulcère dégénéré.

Suites : Infarctus pulmonaire de la base droite.

Revu en février 1952 : Métastase hépatique et la radiographie montre une récidive néoplasique dans le moignon. Mort en juillet 1952. A vécu 3 ans.

OBS. N° 8. — M. B..., 62 ans.

Entré le 23-9-1950. Syndrome douloureux post-prandial depuis un an avec accentuation depuis 5 mois. Douleurs à type de crampes.

Examen clinique : R.A.S. Anémie à 3.700.000 G.R.

Radios : Amputation de tout l'antrum pylorique.

Gastroscopie : zone de muqueuse rouge et infiltrée sans ulcération ni bourgeon.

Intervention : Néoplasme antro-pylorique mobile, sauf une petite adhérence au MCT avec plusieurs ganglions dans la PC qui reste souple. On réalise une gastrectomie sub-totale avec décollement colo-épiploïque et curage ganglionnaire le long de la PC en dépassant le cardia. Du côté de la grande courbure, on libère jusqu'au dernier vaisseau court. Gastro-jéjunostomie en 3 plans au catgut.

Pièce : Cancer ulcérimforme comme une paume de main.

Histologie : Epithélioma glandulaire. Ganglions non envahis. Suites très simples.

Revu à plusieurs reprises pour une ostéo-arthrite du pied gauche et une éruption eczématiforme. Tout va bien du côté gastrique. Digère parfaitement des repas normaux.

Va très bien le 21-8-1956.

OBS. N° 9. — M. D..., 57 ans.

Entré le 13-1-1953. Depuis sept mois, syndrome ulcéreux qui résiste au traitement médical et depuis un mois et demi s'accroît avec apparition de vomissements. Douleurs à type de crampes et de brûlures.

Examen : Amaigrissement assez important, mais l'E.G. est conservé.

Radios : Déformation ulcéreuse du duodénum et niche de l'angulus déjà reconnue sur les premières radiographies et sur laquelle on peut affirmer le néoplasme.

Intervention : Néoplasme limité de l'angulus avec rétraction de la séreuse à ce niveau et quelques petites taches de bougie sur la séreuse. Gastrectomie sub-totale.

Pièce : Grosse ulcération de l'angulus admettant le pouce, à bords végétants, à fond sanieux, très certainement néoplasique.

Histologie : Epithélioma glandulaire. Ganglions non envahis. Suites simples.

Revu le 10-4-1956 à l'occasion d'une banale arthrose cervicale. Du point de vue gastrique, résultat remarquable : mange de tout sans suivre aucun régime, aucun trouble digestif. Aucun signe de récédive ou de métastase.

OBS. N° 10. — M. J..., 66 ans.

Entré le 6-9-1952. Douleurs post-prandiales à type de brûlures sans rythme ni périodicité, accompagnées de dégoût pour les viandes et les graisses. S'installe en deux mois une sténose pylorique : les vomissements ne sont pas constants et gardent un caractère épisodique.

Examen : Tension épigastrique très nette, pas d'ondes péristaltiques.

Radios : Estomac gigantesque de stase.

Intervention : Il s'agit d'un néoplasme pylorique limité avec de petites taches de bougie péritonéales en regard. Adhérences pancréatiques en arrière qui paraissent clivables, quelques ganglions dans le ligament gastro-colique ; le petit épiploon et la région pylorique. Très vaste estomac à parois épaissies et hypertrophiées.

Gastrectomie sub-totale large. En raison de la brièveté du MCT, Finsterer pré-colique.

Pièce : Presque tout l'estomac, petit néo pylorique avec un minimum de lésions muqueuses et surtout hypertrophie de la musculuse.

Histologie : Epithélioma glandulaire. Les ganglions sont envahis. Suites : très simples.

N'a jamais donné de ses nouvelles après sa sortie de l'hôpital.

OBS. N° 11. — M. B..., 49 ans.

Entré le 3-11-1955. Troubles dyspeptiques de type hyposthénique en mai 1954, puis apparaît une anorexie totale et complète qui justifie une hospitalisation. Anémie très marquée.

Gros éthyisme ancien. Quitte l'hôpital en septembre 1954 : les radiographies gastriques ne montraient pas de lésion évidente.

Le malade avait repris 5 kilos et l'E.G. était très bon. En octobre 1955 s'installe une sténose pylorique.

Examen : Ondes péristaltiques nettes. Maigreux, mais le teint reste coloré. Langue sèche.

Radios : Sténose pylorique avec défilé en trognon de pomme.

Intervention : Tumeur circulaire du volume d'un gros pruneau. Granulations localisées de la séreuse gastrique en avant de la tumeur et quelques petites adhérences sur le MCT. Epiploons souples, pas d'adénopathies notables.

Gastrectomie sub-totale élargie. Finsterer TMC.

Pièce : Néoplasme antro-pylorique de forme infiltrante sur une hauteur de 5 à 6 cm., intéressant toutes les tuniques.

Histologie : Epithélioma glandulaire.

Suites : Les 3 premiers jours, les suites sont simples et les gaz émis normalement, mais le 4^e jour s'installe une diarrhée très importante. Dans l'après-midi du 4^e jour s'installe un collapsus cardio-vasculaire avec vomissements et le malade meurt.

OBS. N° 12. — Mme L..., 62 ans.

Entrée le 13-1-1947. Depuis un an, douleurs épigastriques avec vomissements et coliques intermittentes. Depuis 4 mois, aggravation : la malade se retient de manger pour ne pas souffrir.

Examen : Masse épigastrique à la palpation. Amaigrissement moyen.

Radios : Estomac biloculaire avec aspect lacunaire médio-gastrique.

Intervention : Néoplasme circonférentiel de la partie moyenne de l'estomac. Infiltration de la PC semblant s'arrêter au 1/3 supérieur. Il existe une véritable sténose médio-gastrique. Une GEA sur la poche supérieure ne serait qu'un pis-aller, aussi procède-t-on à une gastrectomie palliative du type Kocher-Santy au gros bouton de Jaboulay.

Pièce : Néoplasme circonférentiel de l'estomac avec rétraction des tuniques, sténose médio-gastrique. La section supérieure passe à 1 cm. seulement de la tumeur.

Histologie : Epithélioma très atypique.

Suites : Décès 17 jours après l'intervention avec température, désunion de la paroi et fistule gastrique très productive.

OBS. N° 13. — Mme F..., 52 ans.

Entrée le 30-6-1949. Syndrome douloureux post-prandial précoce depuis 2 ans. Douleurs calmées par l'ingestion alimentaire. Depuis 2 mois, dégoût net des graisses, vomissements après le repas du soir.

Examen clinique : Examen local et général négatifs.

Intervention : Néoplasme limité de la région antrale, mobile avec des ganglions sous-pyloriques. Gastrectomie type Polya 3 plans TMC. Au cours de la libération de la GC, un vaisseau court s'est rompu au niveau du hile splénique et une splénectomie dut être pratiquée.

Pièce : Néoplasme localisé sous forme d'une vaste ulcération entourée de végétations semi-circulaires. Rien à distance.

Histologie : Epithélioma glandulaire envahissant largement les parois gastriques.

Suites simples. N'a jamais donné de ses nouvelles par la suite.

OBS. N° 14. — Mme A..., 73 ans.

Entrée le 6-2-1950. Il y a cinq mois, apparition d'un dégoût électif pour les graisses et les viandes avec un syndrome douloureux de l'hypocondre gauche avec irradiations scapulaires à type de torsions et de brûlures sans aucune périodicité. Quelques vomissements intermittents. Depuis un mois, une sténose pylorique se constitue.

Examen : Etat sub-fébrile, grosse baisse de l'E.G. et gros amaigrissement.

Radios : Sténose incomplète avec pylore canaliculaire.

Intervention : Petit néoplasme pylorique tout à fait mobile et devant lequel, malgré l'E.G. on tente une gastrectomie. Polya 3 plans TMC des 3/4.

Pièce : Virole pylorique avec quelques granulations sur la séreuse et quelques ganglions sous-pyloriques. Intérieurement le canal pylorique est ulcéré. Gros œdème des parois.

Suites : les deux premiers jours, suites simples; puis apparition de vomissements qui continuent sous aspiration. Ventre souple. Température à 39°. L'aspiration ramène des liquides fécaloïdes.

Le 10^e jour, réintervention : Petite perforation au niveau de l'angle de la P.C. avec une collection d'un verre à liqueur de liquide purulent. Sonde dans le jéjunum, drain, aspiration continue.

Décès dans la nuit.

OBS. N° 15. — Mme B..., 69 ans.

Entrée le 30-11-1949. Syndrome douloureux épigastrique rythmé dans la journée, mais sans périodicité nette. Rares vomissements. Dégoût des viandes. Amaigrissement notable.

Examen : R.A.S., si ce n'est un point douloureux sous-costal gauche.

Radios : Au niveau du pylore, mauvaise imprégnation et image pylorique de niche ou de diverticule avec plis radiés. Amputation

antrale et plateau rigide de la partie supérieure au niveau de l'angulus.

Intervention : Néoplasme antro-pylorique remontant bien au-dessus de l'angulus. La tumeur est libre, les épiploons ne sont pas infiltrés, mais il existe de nombreux ganglions dans la P.C. jusqu'au cardia, d'autres sous-pyloriques et enfin le long du pédicule hépatique.

Gastrectomie sub-totale en gouttière en enlevant tous les ganglions. Finsterer TMC. Sonde de Lewin dans l'iléon.

Pièce : Néo étendu de la dimension d'une paume de main et s'étendant en coulée le long de la P.C. jusqu'à sa partie moyenne. La section gastrique passe à 3 travers de doigts de la lésion.

Histologie : Epithélioma glandulaire. Les ganglions sont envahis.

Suites : 4 jours après l'intervention, syndrome de péritonite par perforation. Décès rapide vers la 15^e heure malgré l'aspiration. Vérification : lâchage de suture (2 points) à la jonction de la bouche de gastro.

OBS. N° 16. — M. A., 65 ans.

Souffre depuis plus de vingt ans de l'estomac par poussées de type ulcéreux. Hématémèse il y a un mois et nouvelle hématémèse il y a 15 jours pour laquelle le malade est hospitalisé et traité médicalement.

Radiographies non pratiquées.

Le malade est pâle, son état général est médiocre.

Intervention le 11-6-1947.

Juste au-dessus de l'angulus, induration de la P.C. de la grosseur d'une pièce de 2 francs ayant les caractéristiques de l'ulcéro-cancer. Un seul ganglion dans le petit épiploon. Parfois gastriques très œdémateuses. On décide, malgré tous les risques, de tenter une gastrectomie.

Polya typique des 3/4.

Pièce : Vaste ulcération de la dimension d'une petite paume de main à bords taillés à pic, ayant tous les caractères d'un ulcéro-cancer. Un seul ganglion dans le petit épiploon.

Suites : Très simples.

Le 4-2-1948 : Tout allait bien, le malade avait repris 8 kilos, mais depuis 2 mois, s'est mis à vomir tous les 15 jours et depuis 3 jours, vomit continuellement.

Examen : Très maigre, grosse baisse de l'état général.

Envahissement cutané réalisant une tumeur du volume d'une prune.

Donc récidive, sténose de l'anastomose, envahissement pariétal, cachexie progressive, pronostic très sombre à brève échéance.

OBS. N° 17. — M. C..., 73 ans.

Le malade est sujet aux troubles dyspeptiques avec diarrhée. Le 12 juin 1950, tableau d'indigestion avec diarrhée pendant 3 jours et depuis, les digestions sont devenues difficiles, sensation de distension, haleine fétide. Un seul vomissement, amaigrissement de 5 kilos, pâleur.

Radios : Antre lacunaire, évacuation très gênée.

Examen : Anémie à 3.600.000 G.R. A la palpation : sensation de tumeur épigastrique limitée et profonde.

Intervention le 19-9-1950.

Néo - antro - pylorique libre en avant et sur les côtés. Faiblement en arrière au pancréas, pas de ganglion perceptible, pas d'envahissement de la séreuse.

Gastrectomie sub-totale de type Polya.

Pièce : Volumineux néo ulcérant et végétant, occupant toute la région antro-pylorique. Pas de ganglion visible ou perceptible dans les mésos. La section passe très au large de la tumeur.

Histologie : Epithélioma glandulaire.

Suites : Le malade meurt au 9^e jour d'un lâchage tardif de la suture après avoir présenté une congestion pulmonaire droite.

OBS. N° 18. — M. C..., 59 ans.

Souffre de l'estomac depuis des années. Il y a un an, présente un syndrome d'ulcère périodique avec confirmation radiologique : Niche persistante de l'angulus. Ne suis pas très bien le traitement médical prescrit.

Depuis 2 mois, souffre continuellement et présente des vomissements aqueux noirâtres et parfois alimentaires. Les 3 jours précédant son hospitalisation, a été pris de malaises attribuables à un état anémique prononcé.

Malgré une préparation médicale importante, le malade ne se remonte pas et il continue à saigner. (Selles toujours très noires). Aussi, après 10 jours :

Le 26-10-1951, intervention : Il s'agit d'un néoplasme de l'angulus du volume d'une petite paume de main, mobile, sans infiltration du petit épiploon.

Gastrectomie sub-totale du type Finsterer. Sur la P.C., la section passe à 2 cm. du cardia. Fixation de l'anastomose sous la brèche méso-colique.

Pièce : Ulcération géante de l'angulus du volume d'une pièce de 5 francs, à bords taillés à pic, profonde de 3 cm., ayant détruit toute la paroi gastrique, aspect d'un ulcère dégénéré. Le reste de l'estomac est sain. Sur la face séreuse, il y a un envahissement de la séreuse en regard de l'ulcère, rien à distance. Présence de deux ganglions coronaires. Le foie était sain.

Histologie : Epithélioma glandulaire de l'estomac. Les ganglions ne sont pas envahis.

Suites : Elles sont simples. L'état général se remonte progressivement.

2-1-1952 : Parfait état, reprise de 8 kilos. Alimentation normale et facile. Examen entièrement négatif.

10-3-1952 : A perdu un kilo et demi depuis sa reprise de travail. L'examen est entièrement négatif.

A été revu très souvent dans les années suivantes.

En mars 1958 : Va très bien. Le poids est normal et stable. L'alimentation est normale sans régime particulier, les selles sont régulières.

OBS. N° 19. — M. G..., 60 ans.

Il y a un an et demi, a présenté des périodes douloureuses post-prandiales, calmées par le repas suivant, durant dix à quinze jours sous forme de crampes avec des accalmies ne durant pas plus de 20 jours. Le traitement médical n'apporte qu'une amélioration minime et passagère. A maigri de 12 kilos en 18 mois. L'appétit est très diminué.

Examen : L'état général est bon. Le malade reste solide malgré l'amaigrissement. L'examen général et local se montre négatif. Pas de signe clinique d'anémie.

Radiographies : Celles pratiquées en avril et mai 1951 et les films d'il y a 8 jours montrent toutes une niche manifeste, pyloro-duodénale.

Le 16-9-1952, intervention : Sur le pylore, énorme induration, très adhérente au niveau du pancréas qui est extrêmement épaissi et hypertrophié au niveau de la lésion. Des fragments épiploïques collent sur la lésion, en avant, si bien que l'on craint qu'il ne s'agisse d'un ulcère transformé. On décide de faire une gastrectomie large.

Décollement colo-épiploïque, libération de la grande courbure jusqu'au dernier vaisseau court, la libération du pylore est extrêmement difficile, il faut tailler dans le bloc pancréatique pour arriver à libérer la lésion en vase clos, celle-ci une fois dépassée, le duodénum vient facilement, section à 3 cm. de la lésion. Enfouissement du duodénum en 3 plans sur ligature totale. Section de la coronaire au ras de son émergence. Libération de la P.C. Finsterer 2 plans, surjet catgut trans-méso-colique en conservant environ 6 cm. d'estomac. Cet estomac est très dilaté et ses parois sont très épaissies.

Pièce : Il s'agit d'un volumineux ulcère pré-pylorique, de la face postérieure, admettant facilement la pointe de l'index, profond de 2 cm. et dont le fond est constitué exclusivement par du tissu pancréatique, cet ulcère ne paraît pas cancérisé. Le reste

de l'estomac, très grand, est le siège d'une gastrite. La paroi est très épaissie et le pylore sténosé.

Histologie : Ulcération recouvrant une paroi gastrique scléro-inflammatoire où s'observent de rares boyaux épithéliomateux et des cellules néoplasiques isolées.

Suites : Elles sont extrêmement simples.

6-1-1953 : A pris cinq kilos, très bon appétit, a supprimé tout régime tant au point de vue quantitatif que qualitatif. Aucun trouble. Selles régulières. Examen entièrement négatif.

3-11-1953 : Apparition depuis 3 semaines d'un ictère complet par rétention, avec prurit intense. Perception de la vésicule. Il y a certainement un blocage du cholédoque par récurrence pancréatique. Indication de cholédoco-duodénostomie.

2^e intervention le 4-11-1953.

Le duodénum n'est pas utilisable, on remonte une anse jéjunale et on fait en pré-colique une cholécysto-jéjunostomie en deux plans, surjet catgut. Les suites immédiates sont simples.

OBS. N° 20. — M. V..., 65 ans.

Prostatectomie en 1947.

Depuis un an, très dyspeptique avec des digestions lentes sans douleurs, asthénie. Ces symptômes s'accroissent progressivement, mais l'appétit est conservé. Le traitement médical n'apporte aucune amélioration.

A l'entrée, le malade est dans un état général médiocre, son système vasculaire est déficitaire (T.A. à 24 il y a un mois, maintenant 17), il est albuminurique, il vomit, le taux d'urée sanguine est à 0,80 g.

Radiographies : Elles montrent une sténose pylorique avec une petite image lacunaire prépylorique.

En somme, sténose pylorique d'origine néoplasique probable chez un malade anémié, azotémique et très affaibli.

Préparation et rééquilibration du malade.

Le 3-12-1952, *intervention* : A.G., éther en semi-ouvert et dès le début le pouls disparaît : un litre de sang et percortène, camphre et coramine.

Tumeur néoplasique du pylore, paraissant jouir d'une mobilité relative. Quelques petits ganglions, pas de métastase hépatique, aussi décide-t-on de tenter une exérèse.

Décollement colo-épiploïque et libération de toute la grande courbure. La tumeur est fortement fixée au pancréas et envahit le pédicule hépatique. On tente sa libération, mais il faut enlever une partie de la tête du pancréas qui est envahie. Gastrectomie sub-totale par Finsterer 2 plans, surjet catgut transmésocolique.

Pièce : Il s'agit d'un néoplasme pylorique sténosant et végétant qui envahit toutes les parois gastriques à son niveau.

Suites : Le malade est très shoké et il meurt dans l'après-midi de shock irréversible.

OBS. N° 21. — M. S..., 56 ans.

Malade suivi par un urologue pour une maladie du col vésical. Avant de pratiquer une résection du col, un bilan gastrique est demandé car ce malade souffre depuis un an de pesanteurs gastriques et après une amélioration passagère apportée par le traitement médical, il est de nouveau très dyspeptique avec perte de l'appétit progressive et un amaigrissement très important de 21 kilos en un an.

L'examen général et local est négatif, mais les radiographies gastro-duodénales montrent une amputation de la région antro-pylorique avec image lacunaire.

Le 15-6-1953, intervention : Néoplasme antro-pylorique de la dimension d'une paume de main, paraissant circulaire, intéressant la séreuse, mais mobile en profondeur, accompagné d'une réaction ganglionnaire discrète.

Gastrectomie sub-totale large du type Finsterer.

Pièce : Néoplasme ulcéro-végétant occupant en largeur les 4/5 de la circonférence gastrique, s'arrêtant au pylore, haut de 7 cm. Il y a quelques ganglions dans la P.C. mais un seul paraît envahi.

Suites : Elles sont très simples au début, mais après un lever précoce, le malade fait au 4^e jour une température de 40° que rien n'explique. Pas de signe pulmonaire ni au niveau des membres inférieurs. Vers le 8^e jour, se plaint d'une petite douleur para-ombilicale gauche. A eu de la diarrhée. Au dixième jour, en faisant une radiographie pulmonaire au lit pour tenter d'expliquer cette température, embolie pulmonaire massive qui entraîne la mort en quelques secondes.

Histologie : Epithélioma glandulaire. Un des ganglions est envahi.

OBS. N° 22. — M. R..., 54 ans.

Depuis 1936, est soigné pour un ulcère de la P.C. prépylorique qui le fait souffrir par périodes très espacées : poussées douloureuses nouvelles en 1943 et en 1950.

Depuis quelques 6 mois, souffre tous les jours, le matin, au milieu de l'après-midi et la nuit. Présente des vomissements aqueux et a maigri de 7 kilos en un an.

Radiographies : elles montrent un ulcère de la P.C. à 2 cm. du pylore.

L'examen est négatif, il découvre seulement un point douloureux para-ombilical.

Le 5-11-1953, intervention : Il s'agit effectivement d'un ulcère

de la P.C. presque au niveau de l'angulus, ulcère qui, à la palpation est suspect. Les courbures sont absolument libres, il n'y a aucune adhérence.

Gastrectomie sub-totale du type Finsterer.

Pièce : Il s'agit d'un assez vaste ulcère, comme une pièce de 2 francs, peu profond, quoique cratériforme, à surface plane, évidemment très suspect. Il y a quelques ganglions dans le petit épiploon.

Histologie : Epithélioma atypique glandulaire colloïde ; les ganglions ne sont pas envahis.

Suites extrêmement simples.

13-1-1954 : Excellent résultat. Reprise de 6 kilos sur le poids pré-opératoire. Bon appétit. A peine quelques petits troubles de temps à autre après les repas. Selles régulières. Reprend des forces. Examen : R.A.S. Reprendra son travail dans 15 jours.

26-2-1955 : Résultat parfait. Reprise du poids normal. Mange de façon strictement normale. Se plaint simplement, et déjà avant l'intervention, de quelques coliques une à deux fois par semaine avec une selle diarrhéique.

Examen : R.A.S. Aucun signe de récidence.

OBS. N° 23. — M. P..., 53 ans.

Depuis 22 mois, souffre de douleurs épigastriques à type de brûlures, calmées par le repas de midi. Des radiographies successives sont pratiquées et elles montrent toutes une portion horizontale de l'estomac très irrégulière, avec impression d'ulcère avec œdème de l'angulus, le bulbe est également très irrégulier. Les dernières radiographies qui datent d'une semaine montrent une accentuation de ces images. Ces lésions radiologiques sont suspectes de malignité.

Examen : Il est strictement négatif.

Le 13-10-1953, intervention : Il s'agit d'un néoplasme antro-pylorique assez limité, libre en avant, un peu adhérent au méso-colon-transverse et au pancréas en arrière avec une très grosse infiltration ganglionnaire dans le petit épiploon. Une gastrectomie sub-totale paraît possible.

Gastrectomie sub-totale large du type Finsterer.

L'intervention a été réalisée sans difficulté mais le petit moignon gastrique est légèrement violacé, laissant des craintes pour sa vascularisation.

Pièce : Il s'agit d'un néoplasme circulaire infiltrant, d'une hauteur de 6 cm. environ, sa limite inférieure arrivant à 3 cm. du pylore. Le reste de l'estomac est sain apparemment. Légère atteinte de la séreuse au niveau de la tumeur en arrière. Infiltration considérable de tout le petit épiploon qui a été enlevé en bloc avec l'estomac. Le curage ganglionnaire a été complet.

Histologie : Epithélioma glandulaire typique. Les ganglions ne sont pas envahis.

Suites : Ascension thermique à 39° au bout de 48 heures, un pouls à 140, de l'agitation, l'abdomen reste souple. Gaz et diarrhée abondante pendant 8 jours, puis progressivement la température revient à 37°, la diarrhée s'arrête, l'alimentation peut être reprise dans des conditions satisfaisantes. Quitte la clinique au 15^e jour en bon état.

26-1-1954 : A repris du poids et des couleurs. Dumping assez accentué. Doit multiplier ses repas. Souvent selle post-prandiale.

Examen : R.A.S.

Le 15 février 1954 : Il n'existe pas de gastralisation nette de l'anse jéjunale. On note un œdème important des anses efférente et afférente, mais on ne voit pas d'image ulcéreuse.

Le 20-9-1954 : Présente de temps à autre de petites régurgitations avec brûlures œsophagiennes, parfois du ballonnement. Les radiographies montrent un bon fonctionnement de la gastrectomie, un reflux œsophagien et une insuffisance fonctionnelle du grêle.

Examen : A maigri le 1 kilo. Bon appétit, selles normales. Aucun signe de récédive ou de métastase.

4-1-1955 : Revient de Nice où il était allé se reposer. Durant son séjour, troubles post prandiaux, coliques. Hospitalisé à Nice, les examens radiologiques ont montré près de l'anastomose, sous l'anse efférente, une stase barytée de 1 heure et demie.

Examen : Un peu de tension intermittente de l'hypocondre gauche et gros bruits hydro-aériques.

Diagnostic : Sub-obstruction jéjunale haute : indication de laparotomie.

Le 12-1-1955 : Le jéjunum est extrêmement dilaté, la paroi est épaissie, à 1 cm. environ de l'estomac on trouve la cause de la sub-occlusion sous la forme d'une petite tumeur métastatique du jéjunum, très sténosante, quelques micro-ganglions dans le mésentère, pas d'ascite. La petite incision ne permet pas d'explorer l'étage sous-méso-colique.

Résection d'un segment intestinal, comportant la lésion, sur 15 cm. environ.

Pièce : A l'ouverture de la pièce, petite tumeur sténosante ressemblant à un squirre tel qu'on en trouve sur le côlon gauche, située sur le bord mésentérique. Hypertrophie et dilatation de l'intestin au-dessus. Intestin normal au-dessous.

Histologie : Le fragment examiné est envahi par un épithélioma glandulaire typique identique à celui constaté sur l'estomac. Suites très simples.

La femme du malade nous a fait parvenir des nouvelles : Celui-ci est allé très bien jusqu'au mois de septembre 1955, mais il s'est aggravé par la suite et il est mort le 29-12-1955.

OBS. N° 24. — M. M..., 55 ans.

Souffre de l'estomac depuis l'âge de 35 ans avec une période douloureuse chaque année. Traité médicalement de façon régulière. En 1946, une série de radiographies n'aurait pas permis d'affirmer l'ulcère.

Depuis un an, amaigrissement de 5 kilos et depuis 6 mois, perte de l'appétit.

Radiographies, elles montrent une image lacunaire antrale avec une niche volumineuse et ligne de niveau sur la partie horizontale de la P.C.

Examen : Sujet maigre à l'examen général et local négatif.

Le 22-10-1952, intervention : Néoplasme antro-pylorique, mobile avec ganglions également mobiles dans la P.C., sans infiltration des mésos, mais le foie présente au moins une dizaine de métastases. Comme la tumeur est importante, à tendance sténosante, on décide, tout se présentant bien, de faire une gastrectomie palliative.

Gastrectomie des 4/5 du Type Finsterer.

Pièce : Volumineux cancer ulcériforme de la dimension d'une paume de main, à cheval sur l'angulus et sur la portion horizontale de la P.C., infiltrant toutes les tuniques jusqu'à la séreuse, de plus, petite tumeur pylorique, du volume d'un noyau de cerise, très dure. Quelques ganglions sus et rétro-pyloriques et une dizaine de ganglions disséminés dans le petit épiploon.

Suites : Absolument banales, reprise de l'alimentation rapide.

Histologie : Epithélioma glandulaire typique.

N'a jamais donné de ses nouvelles après sa sortie.

OBS. N° 25. — M. L..., 45 ans.

Un an auparavant, a présenté un épisode de diarrhée avec un peu de température. Par ailleurs est suivi par un phthisiologue pour une histoire d'adénite cervicale, sans autre localisation bacillaire.

Depuis une dizaine d'années, présente des douleurs rétro-sternales, à caractère intermittent. Depuis 2 ans, ces douleurs ont disparu et maintenant elles sont de siège épigastrique et péri-ombilical. Présente parfois des vomissements alimentaires.

On a l'impression d'un terrain névropathique.

Son médecin traitant l'envoie pour des douleurs abdominales avec une histoire radiologique de diverticule de Meckel.

Radiographies : Le lavement baryté montre un gros intestin normal mais il existe une image de diverticule vermiculaire paraissant implanté sur les derniers centimètres de l'iléon et pouvant évoquer le Meckel, mais aussi un appendice méso-colique.

L'examen est négatif.

Intervention le 15-1-1954 : En explorant préventivement tout l'abdomen, on sent une tuméfaction dans la région épigastrique. On se débride vers le haut et on se rend compte qu'il s'agit d'un néoplasme antro-pylorique, légèrement adhérent en arrière, mais enlevable tout de même malgré la présence de gros ganglions en petit nombre.

La médiane sous-ombilicale qui avait été pratiquée est refermée après appendicectomie. Prolongement de l'incision supérieure dans le creux épigastrique. Les courbures sont souples, à part quelques ganglions. La seule difficulté est la libération postérieure de l'antrum qui est adhérent au pancréas. On arrive cependant à bien la cliver.

Gastrectomie sub-totale sur un estomac distendu à parois très hypertrophiées, du type Finsterer.

Pièce : Néoplasme entéro-pylorique d'une hauteur de 6 cm. commençant exactement au pylore et remontant vers l'antrum, circulaire, sténosant et ulcéro-végétant. Infiltration de toutes les tuniques gastriques et même de la séreuse en regard de la tumeur. 2 à 3 ganglions seulement dont un dans la grande courbure et deux du groupe coronaire.

Histologie : Epithélioma atypique. Ganglion envahi.

Suites : Extrêmement simples. Lever à la 24^e heure. Reprise normale de l'alimentation.

28-1-1954 : A repris 12 kilos depuis sa sortie de clinique. Mange bien, mais présente souvent des douleurs pectorales et rétro-sternales et parfois quelques coliques. Selles régulières.

L'examen est entièrement négatif.

N'a jamais donné de ses nouvelles après sa sortie.

OBS. N° 26. — M. D. V..., 53 ans.

Depuis plusieurs années, pyrosis intermittent pour lequel rien n'avait été trouvé de spécial.

Depuis 3 à 4 mois, nausées post-prandiales avec quelquefois des vomissements, après une phase d'amélioration reprise de ces symptômes.

Maigrissement de 4 kilos depuis quelques mois avec baisse de l'appétit et légère constipation.

Radiographies : Image de néoplasme antral manifeste.

Examen : Bon état général, foie légèrement hypertrophié.

Bilan et préparation habituels.

Le 25-9-1955, intervention : Volumineux néoplasme antro-pylorique du volume d'une grosse mandarine, un peu fixé en arrière au pancréas avec très grosse participation ganglionnaire, tant dans le ligament gastro-colique que dans le petit épiploon. Il existe enfin un métastase très milité dans le lobe droit du foie, en dehors de la vésicule.

On décide néanmoins de faire une gastrectomie palliative. Décollement colo-épiploïque, clivage de la face postérieure de la tumeur d'avec le pancréas et le méso-côlon, que l'on peut faire assez facilement malgré quelques adhérences néoplasiques. Libération de la grande courbure jusqu'au dernier vaisseau court, libération du pylore et du duodénum. Section et ligature de ce dernier à 3 cm. du pylore. Ligature de la coronaire à son émergence, on ramène des ganglions jusqu'au cardia pour qu'ils s'en aillent avec l'estomac.

Pièce : Gros néoplasme occupant tout l'antré jusqu'au pylore jusqu'à une hauteur de 8 cm., c'est-à-dire toute la portion horizontale, infiltrant la muqueuse et la musculuse et atteignant la séreuse par quelques points sous forme d'un petit granité. Nombreux ganglions sus et rétro-pyloriques et échelonnée le long de la P.C., dont un situé sur la faux de la coronaire.

Suites : très simples, sort au 12^e jour.

18-11-1955 : Tout va bien, s'alimente parfaitement, pas de dumping, se plaint de quelques coliques.

16-1-1956 : Excellent résultat jusqu'à présent, revient d'Italie où il a repris 2 kilos. Pas le moindre trouble digestif, aucun signe de récidive ou de métastase.

17-3-1956 : A repris 5 kilos depuis l'intervention. Mange bien, selles régulières, pas de douleurs gastriques, quelques douleurs sous-hépatiques. Examen négatif.

6 mars 1958 : Va parfaitement bien. Examen négatif. Poids stationnaire.

Histologie : Estomac : La muqueuse est repoussée et infiltrée par une nappe de tissu lymphoïde qui pénètre dans le chorion, la muscularis mucosae, jusqu'au plan musculaire. A ce niveau s'observent d'assez nombreuses cellules atypiques, un polymorphisme très net avec plasmocytes, polynucléaires et cellules mononucléées.

Ganglions : Aspect homogène avec sclérose pénicillée, un certain polymorphisme cellulaire et des éléments assez atypiques. Il est difficile de faire un diagnostic sur une pareille lésion. Certains aspects sont en faveur d'une granulomatose maligne, mais on ne voit pas de cellules de Sternberg. Par ailleurs, l'aspect est bien impressionnant pour ne retenir que celui d'inflammation subaiguë.

OBS. N° 27. — M. G..., 41 ans.

Aucun passé digestif. Début il y a six mois par de petites douleurs post-prandiales dès la fin des repas, durant une heure et demie environ, disparaissant certains jours. Depuis un mois, aggravation : souffre dès les premières bouchées.

Radiographies : Elles montrent un aspect lacunaire de la région antro-pylorique.

Examen : Le malade accuse un amaigrissement important de l'ordre de 15 kilos. L'examen général et local est purement négatif.

Le 8-9-1955 : Tumeur de l'antré se présentant comme un épaississement de la région antrale, circulaire, s'arrêtant au pylore, sans modification de la séreuse, extrêmement mobile, sans la moindre adhérence, 1 ou 2 ganglions sous-pyloriques et dans le ligament gastro-colique, 3 gros ganglions au niveau de la coronaire.

Gastrectomie sub-totale en emportant les 9/10^e de l'estomac, du type Finsterer.

Pièce : Il s'agit d'une forme infiltrante, circulaire, localisée à la région antrale pré-pylorique, sans ulcération. La muqueuse très adhérente aux plans sous-muqueux, très épaissis, est légèrement boursouflée par endroit.

L'intervention a été extrêmement large et doit donner, en principe un résultat satisfaisant.

Histologie : Epithélioma très atypique. Ganglion envahi.

26-11-1955 : A repris 2 kilos seulement. Mange et digère bien. 2 selles normales par jour. Se plaint depuis 15 jours d'une douleur à gauche quand il tousse ou fait un effort, sans rapport avec l'alimentation.

3-1-1958 : Depuis 4 mois a arrêté son travail. Métastases hépatiques et récurrence ganglionnaire ; œdème des membres inférieurs.

OBS. N° 28. — M. D..., 55 ans.

Aucun antécédent digestif.

Début il y a 13 mois par des douleurs post-prandiales précoces, parfois le matin, surtout l'après-midi et le soir, durant plusieurs heures, de siège épigastrique avec des irradiations dorsales sous forme de crampes. A suivi un traitement homéopatique bien que l'intervention lui ait été conseillée. N'a jamais eu depuis un an d'accalmie de plus de un mois et demi. A perdu 12 kilos. N'a jamais vomi.

Radiographies : Canal pylorique et D.I. étirés et sténosés. La grande courbure prépylorique est encochée, œdémateuse, l'estomac est actuellement dilaté. Sur les radiographies d'il y a un an, impression de grosse niche pylorique.

L'examen est strictement négatif, excepté un point douloureux pyloro-duodénal moyen.

Le 18-8-1955, intervention : Il s'agit d'un néoplasme occupant tout l'antré et la plus grande partie de la portion horizontale, jusqu'à la grande courbure. La tumeur forme un cylindre dur, épais, mobile, sans atteinte de la séreuse ; les mésos ne sont pas infiltrés mais il y a quelques ganglions dans le ligament gastro-colique. Près du pylore, nombreux petits ganglions ainsi que le long de la P.C. jusqu'au cardia. Pas de métastase hépatique, aussi on décide de faire une gastrectomie subtotale élargie.

Gastrectomie sub-totale large. Un petit drain est laissé au voisinage du pédicule splénique qui est le siège d'un léger suintement hémorragique.

Pièce : L'exérèse est très large. Il s'agit d'un néoplasme occupant tout l'antrum sur une hauteur de 8 cm. environ, s'arrêtant au pylore, la muqueuse n'est pas atteinte, mais elle est mince, adhérente à la sous-muqueuse cartonnée, hypertrophie de la musculuse. La séreuse est normale.

Suites : Banales. Sortie 10 jours après.

Histologie : Epithélioma gastrique très atypique. Les ganglions sont envahis.

28-11-1955 : Aucune reprise des forces. Poids stationnaire. Mange sans gros troubles. Un peu de diarrhée de temps à autre. Examen négatif.

21-2-1956 : Les forces sont revenues partiellement, mais le poids ne remonte pas. Brûlures post-prandiales inconstantes. 2 à 4 selles pâteuses par jour. Appétit moyen.

27-6-1956 : A repris 3 kilos, meilleur appétit, digère bien, parfois un peu de diarrhée et quelques rares brûlures calmées par le Gelusil. Les forces sont en partie recouvrées.

Examen : R.A.S. Petite calcification de la cicatrice.

27-8-1956 : Depuis 3 semaines, quelques douleurs dorsales hautes. Digestions lourdes. Examen entièrement négatif.

22-12-1956 : Les radiographies de contrôle montrent que tout est normal. A repris encore 1 kilo. Parfois léger dumping. L'appétit est bon. Examen : R.A.S.

27-9-1957 : A fait en mai 1957 une crise de coliques néphrétiques sans hématurie ni émission de calcul. L'urographie est négative. A perdu 2 kilos depuis. Lassitude. L'examen est entièrement négatif.

7 mars 1958 : Le poids est stationnaire. L'appétit est médiocre. Parfois un peu de dumping. Fait 4 repas légers et a des selles diarrhéiques par intermittence. Se sent faible, mais dit aller bien.

OBS. N° 29. — M. S..., 56 ans.

Appendicectomisé il y a 25 ans et a été opéré peu après pour une bride occlusive.

Histoire digestive : En 1932, a subi une G.E.A. pour ulcère et s'est trouvé soulagé pendant 10 ans. Ensuite a eu quelques douleurs soulagées par les poudres.

En février 1954 a de nouvelles poussées douloureuses, le traitement médical ne lui apporte qu'une amélioration passagère. Radiographies récentes : l'estomac se vide très vite à travers le G.E.A., la région pylorique est un peu suspecte.

Examen : Il existe une éventration, aucun point douloureux. Il existe une tendance à la diarrhée. Un traitement médical est donné pour 20 jours à la suite duquel seront pratiquées de nouvelles radios.

Nouvelles radios : Région antro-pylorique déchiquetée, très

irrégulière. Impression d'ulcère peptique avec grosse rétraction. A travers l'éventration on sent une induration douloureuse.

Le 16-2-1955, intervention : Résection de l'ancienne cicatrice. On entre facilement dans le ventre. Pas d'adhérences.

Néoplasme de l'antra réalisant une tumeur du volume d'une petite mandarine, légèrement adhérente à la face inférieure du foie. Œdème pré-tumoral.

A la palpation de la face inférieure du foie on sent une petite tuméfaction dans le lobe gauche qui est sans doute une métastase. Gastrectomie sub-totale terminée par Finsterer.

Cure de l'éventration.

Durée de l'intervention : 3 heures, sans incident.

Pièce : Rien sur l'anastomose. Néo antral réalisant une tumeur. plane, circulaire, en médaille, à bords surélevés et bourgeonnants, partiellement sténosante, avec grosse infiltration de la muqueuse et de la musculuse. Quelques petits ganglions isolés, dont un au-dessous de la faux de la coronaire, à 2 cm., paraît envahi.

Histologie : Epithélioma atypique. Ganglion envahi.

Suites : simples du point de vue digestif, mais au 10^e jour, phlébite du membre inférieur droit traitée par Héparine qui n'abaisse pas le taux de prothrombine, puis par la Tromexane qui se révèle active. La température et l'œdème régressent rapidement et le malade quitte la clinique au 25^e jour. N'a jamais donné de nouvelles depuis sa sortie.

OBS. N° 30. — M. S..., 44 ans.

Début il y a un an sous la forme de très légères aigreurs intermittentes. Depuis 4 à 5 mois, vomissements alimentaires de temps à autre. Pas de douleurs. Perte de l'appétit et amaigrissement de 13 kilos.

Le traitement médical n'amène aucune amélioration de l'image radiologique qui montre un canal antro-pylorique très rétréci par une tumeur certainement volumineuse. Rigidité. Estomac de sténose.

Examen : Malgré l'amaigrissement, l'E.G. est encore satisfaisant. Pas de signe clinique d'anémie. Examen négatif.

Impression de sentir une tumeur dissimulée sous un foie débordant.

Le 8-3-1955 : Néoplasme antral de type infiltrant, hypertrophique et sténosant, étendu sur une hauteur de 6 à 7 cm. L'estomac est très dilaté. La tumeur est parfaitement mobile. Le petit épiploon est souple malgré la présence de ganglions coronaires. Pas de ganglion du groupe pylorique, mais 2 ou 3 pastilles métastatiques sur le grand épiploon. Pas d'ascite ni de métastase hépatique.

Gastrectomie sub-totale ne laissant que 2 cm. d'estomac, du type Finsterer.

Pièce : Néoplasme infiltrant avec une muqueuse presque normale, étendu sur 7 à 8 cm. complètement circulaire, traduit par une grosse hypertrophie de la sous-muqueuse et de la musculeuse, sténosant complètement la lumière antrale.

Histologie : Epithélioma atypique infiltrant, rappelant un peu la linité plastique. L'épiploon est envahi par des boyaux épithéliomateux.

Suites : Le lendemain, tout va apparemment bien, mais le poulx est à 100. Le surlendemain, poulx à 120 malgré un ventre absolument souple, l'émission des gaz et la reprise de l'alimentation liquide facile. Le 3^e jour, poulx à 160, ascension thermique brutale à 41°, état d'agitation et d'euphorie sans aucun signe de localisation. Il s'agit d'un syndrome toxico-septicémique résistant aux antibiotiques et à une tentative d'hibernation. Décès le 3^e jour.

Obs. N° 31. — M. C..., 31 ans.

Depuis 5 ans souffre continuellement de l'estomac à 11 heures, 17 heures et 24 heures pendant une heure à une heure et demie. Les radiographies montrent une niche en plateau, intermittente, prépylorique.

Le traitement anti-ulcéreux est sans résultat et l'intervention est conseillée.

A maigri de 5 kilos en 5 ans. Bon appétit. Selles régulières.

Examen : Bon état général. Point douloureux très à gauche à hauteur de l'ombilic sur la ligne mammelonnaire.

Le 11-1-1955, intervention : Il existe dans la région pré-pylorique de la P.C. une induration, sans traduction exacte, faisant penser à un ulcère. Le reste de l'estomac et le pylore sont parfaitement souples, comme les ligaments gastriques, mais il existe quelques gros ganglions durs, très suspects, aussi fait-on une gastrectomie sub-totale avec curage ganglionnaire complet, terminée par Finsterer.

Pièce : En retournant la pièce opératoire, on trouve sur la P.C. à 2 cm. au-dessus du pylore, une ulcération très superficielle de la dimension de l'ongle d'un pouce, à bord un peu irrégulier, à fond très propre, avoisinée par une zone violacée, grosse comme un petit pois, légèrement saillante et un peu indurée.

Histologie : Epithélioma glandulaire typique. Le ganglion coronaire est envahi.

Suites : Banales, sort au 12^e jour.

11-5-1955 : Il manque seulement 3 kilos pour le poids normal. Aucune douleur, mange de plus en plus, fait encore 5 repas par jour sans aucun trouble. Se sent complètement transformé. Selles régulières.

28-11-1956 : Il ne manque plus qu'un kilo pour le poids normal. Pas de dumping. Mange normalement au point de vue qualitatif et quantitatif. Se sent en pleine forme. Perdu de vue ensuite.

OBS. N° 32. — M. J..., 71 ans.

Souffre d'un diabète léger, intermittent. La glycémie aurait toujours été sub-normale. Il y a un an a fait une petite hémianopsie, sans doute par un petit ramollissement cérébral.

Aucun antécédent digestif.

Histoire actuelle : Début il y a 4 ou 5 mois par un syndrome anémique sans localisation. Une radiographie gastrique montre un estomac abaissé, en sténose incomplète, due à un néoplasme qui se propage certainement sur la P.C. qui n'est jamais dessinée correctement sur les divers clichés.

Examen : Abdomen souple. Il existe simplement une certaine résistance dans le creux épigastrique.

Amaigrissement de 25 kilos en 2 ans.

Le 6-1-1956, intervention : Néoplasme antro-pylorique de la dimension d'une paume de main, se traduisant par un énorme épaissement des tuniques gastriques, s'arrêtant juste au pylore, au-dessus de l'angulus. Adhérences en arrière au méso-côlon transverse qui obligent après le décollement colo-épiploïque à sacrifier la colica média et à enlever une petite paume de main du méso-côlon transverse. L'estomac peut être ainsi libéré et on fait une gastrectomie sub-totale élargie.

Pas de métastase hépatique, mais présence de très nombreux ganglions dans tous les territoires.

Pièce : Volumineux néo ulcéro-infiltrant, occupant toute la région antrale. Nombreux ganglions.

Cette gastrectomie a une visée palliative, mais c'était la seule chose qu'on pouvait entreprendre à moins de refermer. La gastro-entérostomie n'aurait pas soulagé le malade et n'aurait pas modifié l'anémie.

Histologie : Epithélioma atypique. Les ganglions sont sains.

2-5-1956 : A repris 6 kilos, fait 5 repas par jour, très copieux, sans le moindre trouble ou malaise. Selles régulières et normales. Gros appétit. Fait de la culture physique tous les jours. Ce malade a été revu 7 fois depuis son intervention jusqu'au mois de mars 1958, il va parfaitement bien, il ne lui manque plus que 2 kilos pour avoir son poids normal, il mange sans faire de petits repas, sans régime, sans diarrhée. Il a été opéré de la cataracte en février 1957. Se sent en pleine forme.

OBS. N° 33. — M. P..., 65 ans.

Ostéomyélite du fémur, datant de la guerre de 1914-18 pour laquelle une amputation a été pratiquée le 24 mai 1956. Histoire actuelle : Les douleurs gastriques débutent en avril 1956 ; une radiographie pratiquée à cette époque avait montré une gastrite hypertrophique sur un estomac allongé, atone, avec de gros plis et un gros bulbe sans signe d'ulcère. Traitement médical.

Dans les suites opératoires de son amputation, souffre de l'estomac : brûlures. Nouvelles radios à cette époque : celles-ci sont superposables à celles d'avril et confirment le diagnostic de gastrite hyperplasique. Continuant à souffrir, de nouvelles radiographies sont faites et permettent de découvrir un ménisque au niveau de l'angulus avec trois racines qui fait porter le diagnostic de néoplasme de l'angulus.

Le malade est très réticent devant l'intervention et il ne s'y décide qu'au milieu de septembre.

Le 19-9-1956, intervention : Néoplasme de l'angulus de la dimension d'une petite paume de main, très mobile, aucune adhérence postérieure, plusieurs ganglions dans le petit épiploon. Gastrectomie sub-totale large du type Finsterer 2 plans, surjet catgut transmésocolique et un 3^e plan antérieur de renforcement en raison de la friabilité de la paroi gastrique.

Pièce : Extérieurement, le néoplasme se traduit par une induration avec atteinte de la séreuse qui présente quelques petites taches de bougie au niveau de la tumeur, intérieurement, par une vaste ulcération cratériforme de la dimension d'une paume de mains, à fond un peu jaunâtre, avec légère induration de la paroi gastrique autour de l'ulcère. Dans l'épaisseur, les 3 parois gastriques sont intéressées. Ganglions sous-pyloriques et au niveau de la crosse coronaire.

Histologie : Epithélioma anaplasique. Les ganglions sont largement envahis.

Suites très simples bien que le malade se plaigne de douleurs tant gastriques qu'au niveau de son moignon. Reprise difficile de l'alimentation. Quitte la clinique le 13^e jour, allant relativement bien.

14-1-1957 : Reprise de 2 à 3 kilos. Bon appétit, mais ne peut manger beaucoup. Quelques coliques et parfois diarrhée post-prandiale. Souffre autant de son moignon, surtout la nuit.

Examen : R.A.S. Moignon souple, non douloureux (souffre de sa jambe absente).

En juin 1957 : décès.

OBS. N° 34. — M. D..., 43 ans.

Souffre depuis 4 mois d'asthénie et de lassitude. Est soigné pour l'état général, en réalité il s'agit d'un syndrome anémique et les radiographies gastriques en montrent l'origine néoplasique au moment où le malade est dans un état de sténose pylorique complète.

Radiographies : Enorme estomac de sténose avec grosse quantité de rétention. Région pylorique irrégulière et amputée.

Examen : Teint jaune paille. A maigri de 10 kilos. Las.

Reste de l'examen négatif.

Le 11-9-1956, intervention : Il s'agit d'un néoplasme antro-pylorique sténosant, de la dimension d'un petit pois, avec estomac

très dilaté et adhérent en arrière au pancréas. Infiltration de la partie basse du petit épiploon avec gros ganglions. La partie supérieure est libre, mais il existe dans le foie plusieurs métastases.

Malgré l'extension on préfère tenter une gastrectomie de propreté que de se contenter d'une simple gastro d'autant que ce malade saigne et que la gastro ne supprimerait vraisemblablement pas les hémorragies.

Gastrectomie sub-totale du type Finsterer, en ne conservant que 3 travers de doigt d'estomac.

Pièce : il s'agit d'un néoplasme circulaire occupant toute la région antro-pylorique, sur une hauteur de 8 cm. environ, sans végétations, mais ulcéroforme et sténosant. Très gros ganglions rétro-pyloriques et dans la partie basse du petit épiploon.

Histologie : Epithélioma glandulaire. Le ganglion ne présente aucun signe d'envahissement néoplasique.

Suites : Simples, reprend rapidement l'alimentation et sort au 12^e jour.

13-12-1956 : Reprise de 3 kilos. Fait 5 repas par jour. Aux principaux repas, mange autant qu'un sujet normal. Pas de douleurs, va à la selle régulièrement, un peu de constipation ces jours derniers. Examen : Abdomen souple, aucun signe de récidence.

Le 11-1-1957 : Son médecin traitant nous donne de ses nouvelles : ictère foncé et amaigrissement. Métastase hépatique.

OBS. N° 35. — M. F... 57 ans.

Pas de passé digestif.

Depuis 3 mois, ballonnements et lourdeurs post-prandiales. Depuis 3 semaines, vomissements aqueux, 2 à 3 heures après les repas, jamais alimentaires.

Aucune douleur, a travaillé jusqu'ici.

Léger amaigrissement de quelques kilos. Asthénie.

Radiographies : Enorme estomac avec liquide de stase en grande quantité. La baryte reste en rétention plus de 6 heures après l'ingestion. Région antro-pylorique irrégulière, vraisemblablement néoplasique, mais néoplasme assez limité.

Examen : Perception d'une masse pylorique ne paraissant pas fixée.

Le 22-12-1956, *intervention* : Volumineux néoplasme occupant toute la partie horizontale de la P.C. jusqu'au pylore, accompagné de deux volumineux ganglions de la dimension de noix collés au pancréas. En arrière, adhérence au méso-côlon-transverse. La partie supérieure de l'estomac est libre.

Gastrectomie sub-totale large, anatomiquement satisfaisante, mais certainement limitée au point de vue propagation.

Pièce : Enorme néoplasme circulaire de toute la portion hori-

zontale de l'estomac, s'arrêtant au pylore. Enormes ganglions dont le plus haut situé se trouve sur la faux de la coronaire.

Histologie : Epithélioma atypique. Ganglions envahis.

Suites : Extrêmement simples. Sort le 12^e jour.

3-5-1957 : Résultat parfait jusqu'ici. A repris 8 kilos et a retrouvé son poids normal. Très bon appétit. Digère bien. Ne doit pas exagérer le volume des repas. Aucune douleur. Selles régulières.

Examen : R.A.S.

22-1-1957 : Tout va bien. Ne suit pratiquement pas de régime. Se sent seulement un peu lourd après un repas trop copieux, mais mange la même quantité à chaque repas qu'autrefois. Selles régulières.

A repris une activité paysanne normale et même abusive.

Examen : R.A.S. Tout va bien.

OBS. N° 36. — M. F..., 78 ans.

Début il y a trois ans en 1955 par des douleurs gastriques pour lesquelles des radiographies sont faites qui ne montrent pas de lésions gastriques. Suit un traitement médical.

Le malade ne souffre plus jusqu'en avril 1956 où il refait une nouvelle poussée douloureuse. Les radios ne montrent rien de plus.

Accalmie complète jusqu'à il y a 6 semaines, à ce moment les douleurs sont permanentes et le malade perd l'appétit. En présence de nouvelles radiographies qui montrent cette fois un aspect polymitosique de la région antrale, l'intervention est proposée et acceptée.

Le bilan cardio-vasculaire ne contr'indique pas l'intervention.

Examen : Malade encore en bon état. Maigreur constitutionnelle.

Le 7-5-1957, intervention : Tumeur limitée de l'angulus et de la partie prépylorique de la P.C. se traduisant par un gros épaississement libre de toute adhérence. Le ligament gastro-colique et le petit épiploon sont souples. Toute la partie supérieure de l'estomac est normale.

Gastrectomie sub-totale du type Finsterer au cours de laquelle on a enlevé un ganglion unique à la base du pédicule hépatique.

Pièce : La lésion se présente comme un ulcéro-cancer, grand comme une pièce de 5 francs.

Histologie : La muqueuse qui est en métaplasie intestinale partielle est interrompue par une ulcération néoplasique au-dessous de laquelle s'observe un épithélioma glandulaire de structure intestinale typique. Le ganglion du pédicule hépatique n'est pas envahi par la tumeur.

Suites : Sans le moindre incident ni shock. Sort au 12^e jour.

19-8-1957 : A repris 2 kilos et demi. Aucune douleur ni vomissement. Parfois léger dumping. Bon appétit, selles régulières.

2-10-1957 : Revient pour des douleurs épigastriques continues mais d'intensité modérée. Ces douleurs sont calmées par l'ingestion alimentaire. Aucun autre trouble.

OBS. N° 37. — M. C..., 54 ans.

Aurait eu une poussée douloureuse gastrique il y a 29 ans, pendant un mois et demi, ensuite accalmie totale jusqu'à ces derniers mois, sans la moindre douleur ni régime.

Reprise des douleurs depuis 5 mois avec des digestions lentes et pénibles, quelques vomissements.

Conserve l'appétit, pas d'amaigrissement.

Radiographies : 4 séries de radios ont été faites, elles montrent toutes une rigidité de l'angle gastrique avec une impression d'irrégularité et de sténose du canal pylorique.

Examen : R.A.S.

Le 17-5-1957, *intervention* : Néoplasme de la P.C. prédominant au niveau de l'antrum et de la P.C. pré-pylorique, n'atteignant toutefois par le pylore, non circulaire, laissant la G.C. libre. Pas d'adhérences postérieures, pas d'infiltration des mésos. Très peu de ganglions.

Gastrectomie sub-totale du type Finsterer.

Pièce : Néoplasme de type infiltrant de la dimension d'une petite paume de main. On ne trouve que deux petits ganglions dans la faux de la coronaire.

Histologie : Paroi gastrique en métaplasie intestinale partielle diffusément envahie par un épithélioma glandulaire atypique très infiltrant avec stroma-réaction angiomateuse.

Les ganglions examinés sont envahis.

Suites banales. Sort le 13^e jour.

30-8-1957 : Avait repris 2 kilos, mais les a reperdus à la suite d'une petite phase diarrhéique, a de l'appétit, fait 5 repas par jour, s'allonge après les deux principaux, aucune douleur, selles régulières maintenant.

Examen : R.A.S.

21-12-1957 : Va bien, a repris 2 kilos, bon appétit, digère bien, a élargi son régime. Selles régulières. L'examen ne montre aucun signe de récurrence ni de métastase.

OBS. N° 38. — M. S..., 45 ans.

Depuis plusieurs années, digestions parfois difficiles, sans douleur. Depuis 2 ans, apparition de douleurs par période douloureuse de 10 à 15 jours avec accalmie de 2 à 3 mois. Depuis un an, les périodes douloureuses sont plus fréquentes et les accalmies sont

plus courtes. Les douleurs sont post-prandiales tardives. N'a vomi que deux fois. Jamais d'hémorragie.

Des radiographies successives ont été pratiquées :

En 1955 : Niche ulcéreuse du bord supérieur du pylore.

En 1956 : Même image avec un rétrécissement du défilé pylorique.

En 1957 : Même image avec œdème.

Examen : Point douloureux péri-ombilical gauche avec irradiation dorsale. E.G. satisfaisant.

Le 29-8-1957 : Il s'agit d'un ulcère important à la face antérieure du pylore avec gros épaississement inflammatoire circonférentiel de ce dernier. Pas d'adhérence postérieure. Frange épiploïque collée sur l'ulcère.

Gastrectomie des 2/3 terminée par Finsterer.

Pièce : Gros ulcère cratériforme de la dimension de l'ongle du petit doigt, situé sur la face antérieure du pylore, avec gros épaississement des tuniques gastriques et pyloriques et début de sténose. Ces lésions ont un caractère purement inflammatoire. On prélève néanmoins un fragment d'ulcère. Le reste de l'estomac est normal.

Histologie : Elle apporte une mauvaise surprise : il s'agit d'un épithélioma atymique.

Suites : extrêmement simples. Sort au 10^e jour, ayant repris rapidement l'alimentation.

10-12-1957 : Va bien, bon appétit, bonnes digestions, mange en quantités pratiquement normales. Selles régulières. Pas de douleurs. Examen : R.A.S.

Obs. N° 39. — M. H., 42 ans.

Aucun passé digestif.

Début de l'affection actuelle il y a 5 mois par des brûlures sans horaire fixe et amaigrissement de 5 kilos.

Radiographies : Ulcère de la P.C. pré-pylorique. Traitement médical qui amène une sédation, mais bientôt les troubles reprennent.

Nouvelles radiographies : Ulcère antro-pylorique au sein d'une grosse réaction œdémateuse. Aucune amélioration, aucune reprise de poids.

Examen : R.A.S., sinon un point douloureux épigastrique médian à 3 cm. de l'ombilic, sans irradiation.

Le 9-9-1957, intervention : Petite tumeur de la P.C. au niveau de l'angulus, avec épaississement assez notable, mais localisé. Cette tumeur présente tous les caractères d'un néoplasme au début, quelques ganglions dans le petit épiploon. Foie normal ainsi que les voies biliaires.

Gastrectomie sub-totale terminée par Finsterer avec un large curage ganglionnaire.

Pièce : Tumeur de la dimension d'une pièce de 5 francs, située au niveau de l'angulus ; la muqueuse à son niveau est aplatie et adhérente à un gros épaississement des tuniques gastriques sous-jacentes. Tout autour l'estomac est normal.

Il y a de nombreux ganglions petits jusqu'au cardia.

Histologie : Limite plastique très caractéristique.

Les ganglions ne sont pas envahis.

Suites : très simples, reprise rapide de l'alimentation, sort au 10^e jour.

20-12-1957 : Reprise de 3 kilos. Très bon appétit. Pas le moindre trouble. A élargi son régime, mange normalement du point de vue quantitatif.

Examen : R.A.S.

OBS. N° 40. — Mme L..., 65 ans.

Depuis 10 ans, vomissait ses repas de temps en temps et ne s'alarmait pas. Depuis 6 mois, douleurs épigastriques presque quotidiennes, une heure à deux heures après les repas, et s'irradiant dans le dos. Vomit le pain et la viande dès l'ingestion. A eu deux selles noires espacées. Amaigrissement de 6 kilos en 6 mois.

Les vomissements se sont brusquement aggravés et maintenant vomit tout ce qu'elle mange.

Examen : maigre, E.G. négatif.

Masse dure et irrégulière dans le creux épigastrique.

Le 31-10-51, intervention : Squirrhe antro-pylorique, gros comme une prune, sans infiltration des mésos, mobile.

Gastrectomie sub-totale terminée par Finsterer.

Pièce : Tumeur antro-pylorique ulcéro-végétante, sténosante, infiltrant les tuniques. Il y avait simplement deux petits ganglions près de la coronaire.

Histologie : Epithélioma glandulaire; ganglions sains.

Suites : Très simples ; a présenté seulement une température inexplicable qui a cédé à la Cryogénine.

Le 12-2-52 : A repris plus de 5 kg., s'alimente bien ; pas de troubles digestifs.

Examen : R.A.S.

Nous a donné de ses nouvelles par lettre en mai 1957 : poids stationnaire. Fait 3 repas normaux par jour, ne suit aucun régime, évite simplement le lait et la charcuterie. Selles régulières et normales. Aucune douleur. S'occupe de son travail de ménagère sans fatigue. Se considère dans un état de santé assez satisfaisant.

OBS. N° 41. — Mme R..., 68 ans.

Pas de passé digestif. Constipation chronique.

Depuis 2 mois, se plaint de douleurs épigastriques vagues, sans

horaires ni périodicités précis, avec renvois d'eau chaude fréquents. Jamais de vomissements. Présenterait des selles noires depuis un an.

Examen : Bon E.G. La palpation abdominale profonde permet de découvrir une masse épigastrique médiane, adhérente en profondeur. Reste de l'examen négatif.

Radios : image lacunaire antro-pylorique à tendance sténosante.

Le 19-1-53, intervention : Tumeur peu volumineuse à type infiltrant extrêmement limitée, située sur l'antre à 4 cm. du pylore, mobile, sans aucun ganglion. Gastrectomie sub-totale du type Finsterer.

Pièce : La tumeur qui n'atteint pas la séreuse est constituée par une ulcération transversale de l'antre peu profonde, semi-circulaire, sans aucune végétation. Les lésions paraîtraient plus inflammatoires que malignes.

Histologie : Ulcère en voie de transformation maligne. Epithélioma glandulaire de l'estomac ; ganglions sains.

Suites : très simples jusqu'au 6^e jour.

Au 6^e jour, la malade présente un syndrome douloureux thoracique, avec angoisses, oppression. La tension artérielle est effondrée à 5.

L'E.C.G. est en faveur d'un infarctus latéral du myocarde. La malade passe dans un service de médecine.

Le 27-3-53 : Bon résultat du point de vue digestif.

Perdue de vue ensuite.

OBS. N° 42. — Mme P., 27 ans et demi.

Antécédents personnels : à 20 ans, rhumatisme ayant léché le cœur. Un enfant de 5 ans, deux jumeaux de 2 mois en bonne santé.

Histoire actuelle : Elle a débuté pendant la première grossesse; la malade souffre de l'estomac; ses douleurs sont surtout nocturnes, presque quotidiennes. Entre les deux grossesses, la malade souffre peu sans y prêter beaucoup d'attention, elle présentait quelques vomissements qu'elle attribuait à son foie. Cependant on ne note aucune tolérance alimentaire, seulement un dégoût de la viande.

A l'occasion de sa deuxième grossesse, la malade a souffert journellement du premier au dernier jour. Les douleurs duraient sans interruption, diurnes ou nocturnes, parfois intolérables, calmées pendant une heure par le Cal-Mag-Na. Douleurs épigastriques avec irradiations en ceinture ou scapulaires, vomissements alimentaires très fréquents sans hématemèse. Amaigrissement peu important.

Selles normales mais parfois noires.

A la suite de l'accouchement, crise de salpingite, les douleurs

gastriques diminuent, elles surviennent pendant deux ou trois jours de suite, mais moins intenses.

C'est depuis 3 mois que la malade souffre de façon intolérable, vomissements et amaigrissement assez rapide, perte de l'appétit et appréhension d'avaler de la nourriture.

Radios : Image antro-pylorique dont la nature ne fait pas de doute.

Examen : ventre souple, on sent une résistance à la palpation du creux épigastrique. Le reste de l'examen général est négatif.

Le 7-3-53, Intervention : Tumeur antro-pylorique longue de 5 cm. environ, souple, infiltrant les parois au contact, mais sans atteindre la séreuse, les tuniques gastriques étant souples tout autour et normales. Mobilité complète, un ou deux petits ganglions sous-pyloriques ; autant dans le petit épiploon, mais petits et d'aspect plutôt inflammatoire. Gastrectomie sub-totale terminée par Finsterer.

Pièce : La résection comporte 3 cm. de duodénum et les 5/6 de l'estomac. Il s'agit d'un néo du type infiltrant localisé allant du pylore à 5 cm. au-dessus, circulaire et à tendance sténosante, la muqueuse est tomenteuse par place, elle a disparu en d'autres. La sous-muqueuse et la musculieuse sont infiltrées comme à la locale ; la séreuse est normale. Le reste de l'estomac est strictement normal.

Histologie : Réaction de la séreuse, inflammatoire, très importante, du type histiocytaire. En un point très limité on note une hyperplasie un peu anarchique des tubes glandulaires qui ne pénètrent pas dans les couches sous-jacentes et malgré la présence de nombreuses mitoses on doit considérer cette lésion comme bénigne.

Suites : Très simples.

Le 22-9-53 : cette malade a maigri de 3 kilos. Elle est nauséuse, souffre de sa fosse iliaque droite, peu d'appétit. A deux reprises on a constaté un point appendiculaire et la malade a fait une crise il y a 8 jours constatée par le médecin traitant.

Radios gastriques : elles montrent un moignon et un transit normaux. Dans ces conditions, appendicectomie.

Le 30-9-53, intervention : l'appendice est absolument sain, mais on note que le foie est nettement augmenté de volume, dépassant de 4 travers de doigts le rebord costal, mais il paraît absolument sain à la vue comme au toucher. La vésicule est saine ; on ne note rien d'anormal au niveau de l'appareil génital.

Appendicectomie.

Suites : simples.

Le 3-2-54 : La malade est renvoyée par le médecin traitant dans un état de collapsus impressionnant, sans pouls radial, fémorale faible à 160. Tension artérielle imprenable, extrémités froides, faciès de grand choc, lèvres cyanosées. L'abdomen est douloureux dans son ensemble, un peu météorisé, paraissant plutôt empâté.

Les examens de laboratoires faits d'urgence, montrent une hémoco-concentration et 135 % d'hémoglobine permettant d'éliminer une hémorragie interne. Le diagnostic se limite entre une pancréatite aiguë hémorragique, un infarctus mésentérique ou un volvulus.

L'état de la malade presque agonisante ne permet pas d'envi-sager une tentative opératoire ; on essaye d'améliorer cet état avec plasma et Cortine, Camphre et Novocaïne I. V.

Malgré une amélioration passagère insuffisante pour permettre l'intervention, décès à 21 heures.

Autopsie : Il s'agit d'un volvulus total de l'intestin grêle qui a passé dans sa totalité dans une brèche mésentérique située dans le mésentère de la première anse jéjunale, un peu en-dessous de l'anastomose, brèche qui ne peut s'expliquer que par une origine congénitale.

Il est très long et laborieux de refaire passer l'intestin à travers cette brèche, ce qui fait penser que l'intervention n'aurait pas été supportée.

OBS. N° 43. — Mme C..., 67 ans.

B. S. H.

Histoire actuelle : Depuis 6 mois, présente des douleurs épigas-triques, à type de crampes, surtout marquées après les repas, mais sans horaires fixes, avec pesanteurs et ballonnement abdominal.

Ces douleurs n'ont pas de périodicité nette et sont suivies de nausées fréquentes.

Anoréxie de plus en plus marquée et amaigrissement de 6 kg. en 6 mois. Jamais d'hémorragies.

Radios : Image lacunaire sur la partie basse de la portion verticale de la P. C., évoquant le néoplasme.

Examen clinique négatif.

Le 21-7-53, intervention : Néoplasme sur la face antérieure de l'estomac, libre, avec envahissement des ganglions de la G. C. et du groupe coronaire. Gastrectomie sub-totale terminée par Fins-terer.

Pièce : Il s'agit d'un néo typique bourgeonnant, occupant le 1/3 moyen de la P. C. et de la face antérieure de l'estomac.

Histologie : Epithélioma glandulaire de l'estomac. Ganglions sains.

Suites : Suites simples les 6 premiers jours, mais la malade reste ballonnée malgré l'émission des gaz. Elle présente des signes d'épanchement de la base gauche, et une douleur de l'hypochondre gauche avec enpâtement de l'hypochondre et du flanc gauche. Ponction pleurale : liquide sanglant.

Liquide pleural : Polynucléaire en quantité moyenne, très nom-breux bacilles Gram négatifs.

Il peut s'agir d'un infarctus pulmonaire ou d'une réaction pleurale après hématome splénique.

Le 11-8-53 : La radioscopie montre l'existence d'une petite quantité de liquide sans lésion pulmonaire. La malade sort.

Le 30-10-53 : Présente une diarrhée qui, à l'heure actuelle est en voie de régression. L'appétit est très médiocre. Se plaint de l'hypochondre gauche.

Examen : R. A. S.

Le 20-9-54 : Le médecin traitant nous donne des nouvelles de l'opérée : l'état général est médiocre, elle présente de l'œdème des membres inférieures et un début d'ascite; probablement par compression de son système porte. Séquelles douloureuses de pachypleurite gauche.

OBS. 44. — Mme L..., 60 ans.

Aucun passé digestif.

Histoire actuelle : Elle remonte à deux ans, avec l'apparition de douleurs épigastriques à type de pesanteurs, survenant par périodes de 3 semaines avec accalmies de 1 à 2 mois, sans horaires précis.

A présenté assez fréquemment des régurgitations aqueuses et non acides. Depuis un mois, souffre tous les jours. Vomissements quotidiens alimentaires. Jamais d'hémorragies. Amaigrissement de 4 kg. Transit intestinal normal. A l'heure actuelle, asthénie et anoréxie.

Examen : Malade pâle, langue saburrale, température sub-fébrile. Abdomen souple, à la palpation profonde on perçoit une masse sus-ombilicale mobile.

Radios : Grosse image lacunaire de toute la région antrale.

Le 9-9-54 intervention : Enorme néo occupant toute la portion horizontale, s'arrêtant au pylore, infiltrant la P. C. à son niveau, s'arrêtant au pancréas, infiltrant partiellement le méso-colon transverse et le péritoine au niveau de l'angle duodéno-jéjunal.

Enorme ganglion sus et rétro-pylorique. Le petit épiploon est infiltré en regard de la tumeur.

On pourrait se contenter de faire une gastro ce qui serait logique, mais en laissant une énorme tumeur infectée. Dans ces conditions son résultat ne serait pas très favorable. On décide de faire une gastrectomie palliative. Gastrectomie sub-totale terminée par Finsterer.

Pièce : Volumineux néo occupant toute la moitié horizontale de l'estomac, avec infiltration hypertrophique de toutes les tuniques, comportant plusieurs ulcérations, et s'arrêtant sur le pylore sténosé. Enormes ganglions du groupe pylorique.

Suites : Le 11-9-54 : Ventre ballonné tendu, température sub-fébrile, n'a pas émis de gaz, langue très sèche. Aspiration qui ne semble pas descendre plus bas que le moignon gastrique et ramène du liquide verdâtre.

Urée : 1 gr. 40.

Le 12-9-54 : Depuis 24 heures 20 cc. d'urine. Urée : 2 gr. 20.

Le 14-9-54 : Urée : 2 gr. 80.

Le 15-9-54 : Après une anurie de 3 jours, la malade urine 1 litre. Urée : 2,70. Emission des gaz.

Le 10-10-54 : Petit moeléna de sang noir ; les radios montrent un bon fonctionnement de la bouche.

Examen : Négatif.

Le 25-10-54 : Après quelques jours où la malade allait assez bien, ballonnement abdominal, ondes péristaltiques, vomissements.

Le 26-10-54 : Le ballonnement a notablement disparu, mais les vomissements continuent et on note toujours des ondes péristaltiques ; de plus est apparu un empatement de la fosse iliaque droite.

Le 27-10-54 : Ce matin le cœcum est tendu à l'extrême.

Intervention : Coecum latéralement tendu et en soulevant une anse grêle, on découvre une perforation diastatique de la dimension d'une pièce de 50 centimes, entourée d'une zone de sphacèle par où sort immédiatement une petite quantité d'air et de matières. Protection par compresses et mise en place d'une sonde de Pezzer dans la perforation, enfouissement de la zone de sphacèle : dans 2 bourses on maintient la sonde, drain latéro-coecal interne et un drain dans le Douglas ; amarrage du coecum au péritoine au niveau de la laparotomie. Pronostic évidemment très sombre, étant donné que l'état de la malade interdisant toute exploration plus poussée, on n'a pu déceler la cause de l'occlusion.

Le 30-10-54 : Décès.

OBS. N° 45. — Mme C..., 72 ans.

Taille 1 m. 44. Femme en mauvaise santé, pesant 43 kg. 500. Sans passé pathologique.

Histoire actuelle : Semble très ancienne ; la malade prétend avoir souffert toute sa vie de l'estomac. Les douleurs apparaissant à tout moment du jour ou de la nuit, durant une heure, non rythmées par les repas, sans périodicité. Depuis 2 ans, la symptomatologie s'est accentuée, avec l'apparition de quelques vomissements ; il y a 2 mois, des radiographies ont été pratiquées.

Radiographies : Elles montrent une ulcération de l'antré, sténosante.

Pièce : Ulcéro-cancer de la partie antéro-inférieure de l'antré,

Le 20-5-54, intervention : Néo antral à la partie antéro-inférieure, sans la moindre adhérence, s'accompagnant de quelques

ganglions souspyloriques et coronaires, sans infiltrations des mésentériques. Comme la malade est très maigre, que l'estomac s'extériorise facilement on décide de faire une gastrectomie sub-totale très rapide. Gastrectomie sub-totale terminée par Finsterer, sans décollement épiploïque car le grand épiploon est pratiquement inexistant, sténosant à 2 cm. du pylore. Il existe des ganglions hypertrophiques du groupe sous-pylorique.

Histologie : Epithélioma glandulaire très infecté de l'estomac, ganglions sains.

Suites : D'une simplicité extrême.

Ne s'est jamais présentée à la consultation.

En mai 1957 nous a donné de ses nouvelles par lettre : Pèse 36 kg. 500. Ne suit aucun régime. Fait encore de petits repas fractionnés, car un repas un peu trop abondant la met mal à l'aise pendant un moment. Selles régulières. Considère qu'elle est dans un état de santé très satisfaisant par rapport à son état habituel avant sa maladie.

OBS. N° 46. — Mme S..., 63 ans.

B. S. H.

Histoire actuelle : Depuis 2 ans, digestions difficiles, ballonnements, nausées post-prandiales. Depuis 8 mois environ, anorexie globale, perte du goût des aliments. Amaigrissement de 20 kg. en 2 ans.

Examen : On sent une tumeur occupant l'épigastre, fixée en profondeur.

Radios : Image d'encoche rigide sur toute la P. C., évoquant un néoplasme très étendu.

Le 19-8-54, intervention : Linite plastique envahissant la presque totalité de l'estomac, ne laissant en haut que 3 cm. environ de paroi gastrique d'apparence saine ; les épiploons sont souples.

Gastrectomie sub-totale terminée par Finsterer.

Au cours de l'intervention, petite hémorragie au niveau de la rate par éraillure de la capsule ; plaque de Spongel au contact.

Pièce : Linite plastique allant du pylore à 3 cm. du cardia. Il s'agit d'une hypertrophie de la musculuse avec une infiltration de la muqueuse sans végétations ni ulcérations, nombreux petits ganglions.

Suites : Les suites immédiates sont émaillées d'un petit épisode phlébitique sans gravité.

Histologie : Epithélioma atypique à tendance linitique. Ganglions sains.

Le 26-1-55 2° séjour : Récemment après des suites faciles sans toutefois une reprise de poids, la malade se plaint de troubles digestifs et d'un amaigrissement.

Examen : On perçoit très nettement une masse épigastrique médiane, assez bien limitée, peu mobile. Il ne semble pas s'agir de métastases hépatiques mais plutôt d'une récidive.

Le 1-2-55 : On ne retrouve plus la masse épigastrique et d'autre part, les radios pratiquées ne montrent pas de récidive sur la bouche.

Le 28-6-55 : Les troubles digestifs avaient repris à nouveau à type occlusif. Il y a indication d'intervenir étant donné leur persistance.

Intervention : On ne retrouve pas d'obstacle sur le cadre colique, la région épigastrique est souple et libre. Il n'y a pas d'indication d'anastomose interne, mais l'exploration rectale montre un blocage au niveau du rectosigmoïde, envahissant le Douglas et l'utérus. Il s'agit bien d'une lésion plastique. Anus iliaque gauche définitif.

Suites : Elles sont simples, mais la malade évolue progressivement vers la cachexie.

OBS. N° 47. — Mme F..., 60 ans.

Antécédents héréditaires : 2 frères décédés de cancer gastrique. En dehors d'une insuffisance hépatique, rien de notable.

Histoire actuelle : Elle remonte à août 1953. Anorexie avec ballonnements post-prandiaux qui persistent jusqu'à maintenant malgré le traitement médical. Amaigrissement de 10 kg. Quelques vomissements.

Examen : Mauvais état général. Sub-ictère des conjonctives ; sub-fébrile. L'examen abdominal montre un empâtement de l'hypochondre droit, le foie n'est pas perçu distinctement.

Radios : Néoplasme de la région, antro-pylorique assez étendu. Estomac déjà dilaté, sans signe de sténose véritable.

Le 12-4-54, intervention : Néoplasme antro-pylorique du volume d'une mandarine libre en avant, très adhérent au pancréas et au méso-colon transverse en arrière. Léger épanchement ascitique. Granulations sur la séreuse péritonéale gastrique en regard de la tumeur. Gastrectomie sub-totale terminée par Finsterer, évidemment palliative.

Pièce : Volumineux néo représenté par une très grosse ulcération de la dimension d'une paume de main, à bords végétants, circulaire, s'arrêtant au pylore ; la paroi gastrique est œdémateuse ; plusieurs ganglions dont le plus haut situé près du cardia est prélevé.

Histologie : Epithélioma glandulaire. Ganglions non envahis.

Le 5-5-54 : Suites simples malgré une petite fistule pancréatique qui s'est bouchée spontanément au bout de 8 jours.

Radio de contrôle : Bon fonctionnement ; pas de reflux. Confort moyen.

Le 11-1-55 : Rentre pour ictère, l'examen montre un blocage au niveau de la région hépatique. Les radios montrent un bon fonctionnement au niveau de la bouche, pas d'images de récidives. Pronostic fatal à brève échéance.

OBS. N° 48. — Mme G..., 37 ans.

Antécédents : B. S. H., 3 enfants.

Histoire actuelle : Depuis longtemps présentait des phénomènes dyspeptiques, digestions pénibles, douleurs épigastriques post-prandiales.

Depuis 3 ans environ, c'est-à-dire au moment de sa première grossesse, les troubles se sont aggravés : douleurs plus intenses, puis apparaissent des vomissements contenant de l'eau et des aliments du jour même. L'état général baisse peu à peu, amaigrissement notable.

Examen : Maigreur, anorexie, pâleur, déshydratation. Le reste de l'examen est négatif.

Radios : Ptose gastrique très importante. Duodénum suspect d'ulcère sans qu'on puisse être absolument affirmatif. Bonne perméabilité.

Le 16-1-56, intervention : Bulbe et pylore normaux. Grand estomac comportant un épaississement limité de la P.C. pré-pylorique, du volume d'une noix, mais très diffus, sans traduction externe en avant, légèrement granuleux en arrière, cet aspect signant le néoplasme ; nombreux ganglions dans le ligament gastrocolique, le méso-côlon transverse, le long de l'artère hépatique, remontant jusqu'au cardia, sans infiltration des épiploons.

Gastrectomie sub-totale avec curage ganglionnaire très poussé (ce curage met à nu toute l'artère hépatique, l'origine du tronc coeliaque et l'aorte, terminaison par Finsterer).

Pièce : Néoplasme infiltrant occupant toute la circonférence de l'antre, avec tendance sténosante à ce niveau. A hauteur de la tumeur, la muqueuse a perdu toute mobilité, a disparu en partie, les bords sont légèrement végétants.

Histologie : L'aspect histologique est en faveur de la limite plastique.

Suites : Simples.

Le 11-5-56 : Reprise de 8 kg. Très bon état général. Bon appétit. Pas de troubles digestifs, sauf léger dumping lorsque le repas est trop abondant. Selles régulières.

Le 13-11-57 : Poids stationnaire. Digestions de nouveau un peu difficiles. Appétit conservé, selles normales.

Examen : Il est strictement négatif.

Radio de contrôle : Moignon gastrique normal, bon fonctionnement.

OBS. N° 49. — Mme A..., 68 ans.

Antécédents : Gastrite banale.

Histoire actuelle : Début il y a 2 ans, par un amaigrissement et de l'asthénie. Depuis 2 mois, baisse de l'état général rapide, avec perte de 7 kg. Douleurs et pesanteurs épigastriques presque continues. Vomissements par poussées incoercibles alimentaires, constipation. Selles noires.

Examen : Il est strictement négatif, mis à part des signes cliniques d'anémie.

Radios : Sténose pylorique avec pylore très irrégulier.

Le 30-5-56, intervention : Néoplasme antro-pylorique remontant un peu au-dessus de l'angulus avec sténose pylorique filiforme ; le néoplasme est mobile, les épiploons ne sont pas infiltrés bien qu'étant le siège d'assez volumineux ganglions tous mobiles, sauf un, du volume d'une petite prune au-dessus de l'émergence coronaire. Gastrectomie sub-totale du type Finsterer.

Pièce : Néo antro-pylorique à forme d'ulcère réalisant un vaste cratère circulaire de la dimension d'une petite paume de main, s'arrêtant au duodénum et sténosant complètement le pylore. Nombreux ganglions tant dans le ligament gastro-colique que dans le petit épiploon, très gros ganglions pancréatiques.

Histologie : Epithélioma glandulaire débutant sur la périphérie de l'ulcération, ganglions pancréatiques envahis.

Suites : Simples.

Le 26-1-57 : Reprise du poids, bon appétit, mange de tout sans intolérance même pour le lait dont elle use abondamment. Selles régulières.

Examen : Aucun signe de récurrence ou de métastases.

Nous a donné de ses nouvelles par lettre en août 1957 : Poids stationnaire. Très bonnes fonctions digestives. Bon appétit, digestions faciles, pas de douleurs, selles régulières. Pas de diarrhée, au contraire est plutôt sujette à la constipation. Se considère dans un état de santé satisfaisant.

OBS. N° 50. — Mme M..., 57 ans.

Malade adressée pour tumeur de Krukenberg avec néoplasme étendu de l'estomac chez une Biermérienne depuis 1945.

Antécédents : Anémie de Biermer depuis 1945. Coliques avec diarrhée par poussées ces dix dernières années.

En septembre 1955, douleurs épigastriques ; examen négatif à ce moment là ; mise à part la grosse rate connue depuis 1945.

Par la suite les épisodes de diarrhée et les douleurs épigastriques ont persisté. En juin 1956, l'appétit est conservé, mais une diarrhée rebelle continue et les douleurs épigastriques de même sans périodicité nette.

En octobre 1956, est hospitalisée dans un service de médecine : l'examen montre alors une malade en bon état général, pas très pâle, température sub-fébrile. La palpation abdominale montre une tumeur volumineuse comme un gros melon, dur, ligneuse, indolore, mobilisable, un peu irrégulière en surface, dont on peut faire le tour, en plongeant les doigts derrière la symphyse pubienne. Il s'agit d'une tumeur ovarienne.

Radios gastriques : Aspect lacunaire paraissant circonférenciel de toute la région de l'angulus, intéressant les deux courbures sur 10 cm. environ. Cet aspect confirmé par deux Weber positifs, fait porter le diagnostic de Krukenberg.

Le 18-10-56, intervention : Extirpation d'une tumeur ovarienne, du volume d'une tête d'adulte, parfaitement encapsulée et dont l'examen histologique montre qu'il ne s'agit que d'un kyste entéroïde de l'ovaire. L'intervention gastrique est décidée.

Le 8-11-56, intervention : Monstrueux néoplasme gastrique occupant les 2/3 inférieurs de l'estomac, sans envahissement du ligament gastro-colique ni du transverse, avec une infiltration peu sensible du petit épiploon avec la présence de quelques ganglions. Il existe une adhérence de l'estomac postérieure avec le transverse près de sa racine, sur la surface d'une petite paume de main. Gastrectomie sub-totale au cours de laquelle le méso-colon transverse a été découpé tout autour de l'adhérence en tissu sain, on a pu ménager la colicamédia. Curage ganglionnaire très poussé. Terminaison par Finsterer.

Pièce : Monstrueux néo encéphaloïde intra-gastrique comme 2 gros poings, s'étendant du pylore au 1/3 de l'estomac, occupant complètement la G.C. et la face postérieure ne laissant libre qu'une partie de la face antérieure de la P.C. Il s'agit d'un très gros chou-fleur végétant, anfractueux, irrégulier.

Histologie : Epithélioma glandulaire de l'estomac ; ganglions envahis.

Suites : Absolument banales.

Le 20-4-57 : Bon résultat. Reprise de 1 kg. 500. Digère bien ; bon appétit.

Examen : R. A. S.

Le 1-10-57 : Poids stationnaire, appétit relativement bon. Légère pesanteur post-prandiale sans qu'on puisse parler de dumping.

Examen : Négatif, tant du point de vue gastrique que génital.

OBS. N° 51. — Mme R..., 63 ans.

Antécédents : En 1926 a présenté une hématomèse provoquée par un ulcère duodénal traité médicalement.

Histoire actuelle : En fait, cette malade a toujours souffert de crampes post-prandiales précoces, calmées par les alcalins et l'ingestion alimentaire. L'accentuation des troubles remonte à 3 mois : les douleurs changent de caractère ; elles sont plus violentes, plus fréquentes, moins bien calmées par les alcalins et les aliments.

Anoréxie pour les viandes et les graisses.

Amaigrissement de 6 kg., asthénie, constipation.

Examen. — R. A. S.

Radios : Néoplasme de la partie horizontale de la P. C. avec retentissement pylorique. On ne retrouve pas l'image de l'ancien ulcère.

Le 8-6-57, intervention : Estomac très adhérent à tout le bord libre du foie, en haut péritoine antérieur et même par des brides assez serrées à la coupole diaphragmatique ; on sectionne progressivement ces adhérences pour mobiliser l'estomac, ce qui est un peu laborieux. On ne voit pas apparemment de tumeur, mais on sent à la palpation une induration de l'angulus du volume d'une bille qui a tous les caractères d'un ulcère banal. Quelques ganglions inflammatoires.

Dans l'incertitude :

Gastrectomie sub-totale large avec curage ganglionnaire poussé terminée par Finsterer.

Pièce : On découvre un ulcère un peu en-dessous de l'angulus nettement cratériforme, à fond grisâtre, admettant la pointe de l'auriculaire, entouré d'un ulcère supérieur de la muqueuse exclusivement, s'étendant jusqu'au pylore.

Un ulcère de la P. C. situé à 2 cm. au-dessus du premier.

Un sillon de striction médio-gastrique observé en cours d'intervention, avec à ce niveau 5 ulcères. Rien ne permet de penser au néoplasme et on s'oriente vers le diagnostic de maladie péri-ulcéreuse.

Histologie : Epithélioma glandulaire.

Suites : Simples.

Le 3-9-57 : Résultat actuellement satisfaisant. Reprise de 4 kg. ; pas le moindre trouble digestif ; mange davantage à chaque repas. Selles à peu près régulières. Aucune douleur.

Examen : Entièrement négatif.

Le 6-12-57 : A repris 7 kg. Bon appétit ; digère bien ; selles régulières et normales ; aucun signe de récurrence ou de métastases. Cette malade n'a jamais présenté la moindre séquelle post-gastrectomie.

OBS. N° 52. — Mme D..., 68 ans.

Arthrose généralisée.

Histoire actuelle : Depuis 6 mois, souffre d'une pesanteur épigastrique et de crampes après les repas ; régurgitations aqueuses fréquentes.

Dégoût des graisses et des viandes.

A perdu 6 kg. et ses troubles se sont accentués ces 2 derniers mois.

Examen : Seulement un gros foie, non induré, ni irrégulier.

Radios : Image lacunaire pré-pylorique pas encore sténosante.

Le 30-3-57, intervention : Il s'agit d'un néo limité de l'antrum pré-pylorique circulaire mais extrêmement mobile, pratiquement sans ganglions, avec mésos souples. Gastrectomie sub-totale terminée par Finsterer ; curage ganglionnaire très poussé.

Pièce : Néoplasme antro-pylorique infiltrant, et légèrement ulcéreux en surface. 1 ou 2 ganglions minuscules près de la coronaire.

Histologie : Epithélioma atypique ; ganglions non envahis.

Suites : Diarrhée importante qui fatigue beaucoup la malade. Le traitement symptomatique en vient à bout.

Perdue de vue ensuite.

OBS. N° 53. — Mme F..., 60 ans.

B. S. H.

Histoire actuelle : En dehors de vagues pesanteurs digestives et de régurgitations à type d'eau chaude qui remontent à 8 ans, la malade ne se plaint que depuis deux mois : d'anorexie, de douleurs de l'hypochondre gauche et de constipation ; ni vomissements, ni melénas.

Amaigrissement important.

Radios : Néoplasme antro-pylorique très étendu, remontant sur la P. C. au-dessus de l'angulus.

Examen : Malade encore obèse malgré l'amaigrissement récent. Reste de l'examen négatif.

Le 7-12-57, intervention : Gros néoplasme antro-pylorique occupant toute la P. C. horizontale de l'estomac et remontant légèrement au-dessus de l'angulus, la tumeur a envahi toute l'épaisseur de la paroi gastrique à ce niveau ; la séreuse gastrique est adhérente avec de nombreuses granulations. Par contre la tumeur est parfaitement mobile, les mésos ne sont pas infiltrés. Les ganglions sont très petits. Dans ces conditions une gastrectomie est possible qui n'aura en principe qu'un but palliatif de propreté mais qui peut néanmoins donner un résultat temporaire. Gastrectomie sub-totale terminée par Finsterer.

Pièce : Volumineux néoplasme de type légèrement ulcériforme et surtout infiltrant, occupant le 1/3 inférieur de l'estomac, s'arrêtant net au pylore.

Histologie : Epithélioma colloïde ; ganglions envahis.

Suites : Simples.

Contrôle radiologique : Le 27-12-57, bon fonctionnement de la bouche léger reflux.

OBS. N° 54. — M. C..., 45 ans.

Pas d'antécédents particuliers.

Histoire actuelle : Le début des troubles remonte à un an, douleurs épigastriques à type de crampes qui surviennent immédiatement après les repas. La périodicité est retrouvée mais les crises sont très rapprochées, l'accalmie ne durant pas plus de 15 jours.

Depuis un mois, apparition de vomissements, survenant 3 à 4 heures après les repas, sans qu'on y retrouve des aliments de la veille.

Examen : Malade maigre, dont l'examen général et local est négatif.

Radios : Aspect lacunaire de la région pylorique avec grosse dilatation du bulbe duodénal, sans qu'on puisse retrouver d'image de niche ; suspicion de néoplasme.

Le 21-5-50, intervention : Ulcère de la région pré-pylorique de la P. C., à 2 cm. du pylore ; palpation suspecte. Pas de ganglions visibles. Tout est parfaitement mobile. Gastrectomie sub-totale terminée par Polya.

Pièce : Ulcère pré-pylorique de la dimension de l'ongle de l'auriculaire, légère infiltration péri-ulcéreuse ; rétraction circulaire créant une sténose pré-pylorique.

Histologie : Epithélioma glandulaire de l'estomac.

Suites : Simples.

N'a jamais donné de ses nouvelles après sa sortie.

OBS. N° 55. — M. Le Ne..., 34 ans.

Pas de passé pathologique en dehors de l'histoire digestive.

Il semble que les premiers malaises apparaissent début 1944, sous forme de brûlures d'estomac, survenant immédiatement après les repas, et persistant jusqu'au repas suivant, calmées par les poudres. Ces douleurs surviennent régulièrement tous les jours après le petit déjeuner, et évoluent par périodes de 15 jours à 3 semaines ; le malade ne souffre pas du tout pendant des intervalles libres de un mois environ.

En mai 1945, le syndrome douloureux s'estompe complètement ; de temps en temps seulement quelques petites brûlures, irrégulières mais fugaces. En mai 1950, les douleurs se manifestent à nouveau, mais elles ont changé de caractère ; plutôt à type de pesanteurs.

Depuis 3 mois, douleurs très persistantes et depuis 15 jours, apparition de vomissements après les repas, abondants, contenant des aliments ingérés depuis 48 heures.

Amaigrissement de 3 kg. depuis 3 mois.

Examen : Syndrome de sténose pylorique clinique. Reste de l'examen négatif.

Radios : Amputation totale du bulbe et du canal pylorique. Violentes contractions gastriques.

Le 15-9-51, intervention : Néoplasme antro-pylorique limité, complètement adhérent au pancréas, avec quelques ganglions gastro-coliques et de la P. C. ; gastrectomie sub-totale type Finsterer, au cours de laquelle il se produit une hémorragie de la pulpe splénique dont la capsule a été déchirée, on a dû se résoudre à une splénectomie.

Par ailleurs, il a fallu réséquer une lame pancréatique pour arriver en zone saine sur le duodénum, le néoplasme était perforé dans le pancréas qui était très infiltré.

Pièce : Néoplasme très limité antro-pylorique du type ulcéro-végétant, mais l'infiltration du pancréas ne donne à l'intervention qu'une visée palliative.

Histologie : Epithélioma glandulaire typique, infiltrant ; ganglions envahis.

Suites : Simples jusqu'au 6^e jour et le malade amorce alors une complication pulmonaire infectieuse qui guérit simplement. Sort rétabli.

Le 19-12-51 : On apprend le décès du malade.

OBS. N° 56. — M. T..., 69 ans.

Antécédents : Syphilis à 20 ans traitée régulièrement.

Les premiers troubles digestifs remontent à 6 ans, caractérisés par des brûlures gastriques et des digestions pénibles. Les radiographies faites à l'époque étaient négatives, le malade suivait un traitement médical.

Depuis un an et demi, apparition de douleurs épigastriques post-prandiales précoces et de douleurs matinales à type de nausées et de crampes se manifestant de façons intermittentes.

Depuis 6 mois, les symptômes sont constants, avec augmentation des douleurs, anoréxie, alimentation difficile. L'absorption des poudres est sans effet.

Amaigrissement important (10 kg. depuis 6 mois).

Examen : Examens général et local négatifs. L'état général semble assez bien conservé.

Radios : Néoplasme antro-pylorique assez limité avec signe de sténose au début et des irrégularités de la P. C. verticale qui manque de souplesse.

L'intervention est retardée par un épisode grippal.

Le 9-3-53, intervention : Tuméfaction indurée, limitée, sur la partie horizontale de la P. C. pré-pylorique entourée d'une zone moins dure, on ne peut certifier que la lésion est néoplasique ; il peut tout aussi bien s'agir d'un vieil ulcère.

des 2 jambes, œdème malléolaire.

On fait cependant une gastrectomie sub-totale large terminée par Finsterer.

Pièce : Grosse ulcération très rétractile, située à 2 cm. au-dessus du pylore, réalisant une espèce d'encoche, entourée d'une zone épaissie qu'on croit être inflammatoire.

Histologie : Epithélioma glandulaire ; ganglions sains.

Suites : Le 3^e jour, le malade amorce une complication pulmonaire avec des râles de bronchite diffuse et température à 39,4. Il présente en outre, une douleur abdominale diffuse avec météorisme très important de tout l'abdomen qui est distendu en obusier. L'aspiration ne modifie pas cette scène ; aussi *intervention* : Réouverture de l'ancienne incision que l'on étend vers le bas ; un peu de sang dans l'étage sus-mésocolique sans pus ni fausses membranes ; aucune suture n'a lâché ; le grêle et le gros intestin sont uniformément distendus comme par un iléus paralytique inflammatoire. Aucun obstacle Iléostomie à la Witzel.

Suites : La sonde d'iléostomie fonctionne ainsi que la sonde d'aspiration. Le ballonnement diminue, mais le malade entre en anurie, l'urée monte à 2 gr. 20, et le malade meurt 36 heures après l'intervention.

OBS. N° 57. — M. B..., 50 ans.

Ethylique.

Histoire actuelle : Début il y a deux, par des douleurs à type de crampes survenant deux heures après les repas, atténuées par l'ingestion alimentaire, durant 3 semaines, puis cessant pendant 3 mois environ.

Depuis 5 mois, les douleurs n'ont pas cessé ; pas de vomissements alimentaires. Anoréxie depuis 6 mois. Amaigrissement de 10 kg.

Radios : Aspect lacunaire et marécageux de l'antra pylorique, la P. C. paraissant avoir perdu sa souplesse jusqu'au-dessus de l'angulus.

Examen : Entièrement négatif, mis à part l'amaigrissement.

Le 24-9-53, intervention : Tumeur de l'antra pylorique du volume d'une grosse prune, parfaitement mobile, sans infiltration

des courbures et sans atteinte de la séreuse. Gastrectomie sub-totale terminée par l'instérer.

Pièce : Néoplasme antro-pylorique presque circonférenciel caractérisé par une modification de la muqueuse sans ulcération. Cette muqueuse est aplatie, complètement fixée à la sous-muqueuse et à la musculieuse qui est hypertrophiée et épaissie : deux ou trois ganglions près de la faux de la coronaire qui paraissent plus inflammatoires que néoplasiques.

Histologie : Epithélioma glandulaire. Le ganglion envoyé commence à être envahi à la périphérie.

Suites : Le malade présente à plusieurs reprises des vomissements noirâtres, puis bilieux, les lavages gastriques ramènent un liquide très nauséabond ; il existe certainement un petit circulus viciosus. Amélioration progressive.

Le 14-9-54 : Du point de vue digestif, se plaint de mal digérer, d'avoir le matin des vomissements bilieux et de souffrir de l'hypochondre gauche.

Examen : Bon état général. Examen abdominal négatif.

Radios : Pas de signe de récidence, bon fonctionnement.

Nouveau séjour le 4-6-55 : Entre dans le service pour syndrome abdominal aigu, se plaignait toujours de son hypochondre gauche, mais avait repris une certaine activité ; il y a 48 heures, violente douleur de siège épigastrique et de l'hypochondre droit qui a duré toute la nuit et cédé. Cette nuit reprise de la douleur en coup de couteau épigastrique ; vomissement ; pas d'arrêt des gaz. L'examen fait penser à une fissuration.

Le 16-6-55 : Les phénomènes douloureux ont cédé rapidement ; les radios gastriques sont négatives.

Le 4-1-57 : Revient pour de petits troubles digestifs. Radios gastriques négatives. Examen général et local entièrement négatif. Il s'agit sans doute d'une poussée de jéjunite et de pancréatite. Traitement médical. N'a jamais redonné de ses nouvelles.

OBS. N° 58. — M. C..., 63 ans.

Pas de passé pathologique.

Histoire actuelle : Depuis à peu près un an, le malade souffre de digestions pénibles et de quelques douleurs épigastriques.

Depuis un mois et demi environ, les douleurs se sont accentuées et se sont accompagnées de vomissements post-prandiaux ; perte de 5 kg. depuis 1 mois.

Examen : Malade en assez bon état général. Examen général et local négatif. Pas de signe clinique de sténose.

Radios : Image lacunaire pré-pylorique intéressant la P.C. étendu sur 2 cm.

Le 25-5-54, intervention : Néoplasme antro-pylorique traduit sous la forme d'une tumeur formant un épaississement de 4 cm. de long, sans modifications de surface de la paroi gastrique. Quelques ganglions sous-pyloriques et coronaires sans infiltration des mésentères. La lésion est libre.

Gastrectomie sub-totale du type Finsterer, mais effectuée en pré-colique, car il n'y a presque pas de méso-colon transverse.

Pièce : Ulcération de la dimension d'une pièce de 1 fr., à fond plat, à bord légèrement végétant, créant un rétrécissement de 3 cm. pré-pylorique. Il y a 5 ou 6 ganglions du groupe de la coronaire, hypertrophiés, suspects.

Histologie : Epithélioma glandulaire de l'estomac. Ganglions sains.

Suites : Immédiates très simples. Par la suite un petit épisode fébrile et un épisode diarrhéique de 48 heures.

Le malade est perdu de vue après sa sortie, mais une lettre de sa famille nous apprend qu'il est mort 3 ans et deux mois après l'intervention sans autre détail.

OBS. N° 59. — M. P..., 40 ans.

Pas de passé pathologique notable.

Histoire actuelle : Depuis 3 ou 4 ans le malade souffre de douleurs épigastriques à types de brûlures et de crampes survenant immédiatement après les repas, sans horaire précis et très espacées.

Depuis 6 mois accentuation des symptômes : Douleurs plus vives, post-prandiales précoces survenant aussi le matin et accompagnées parfois de vomissements. On ne met pas en évidence de périodicité nette. Traitement médical.

Depuis un mois souffre continuellement et vomit souvent. Les vomissements contiennent parfois des filets de sang. Jamais de selles noires.

Examen : Malade en bon état général. Douleur épigastrique à la palpation. Le reste de l'examen est entièrement négatif.

Radios : Plusieurs séries de radiographies montrent la persistance d'une image suspecte de la P. C. horizontale, le bulbe duodénal est déformé. Ulcère duodénal probable, à l'origine de la sténose pylorique.

Le 6-5-54, intervention : On trouve une masse au niveau du bulbe du type d'un ulcère ancien, entourée d'une grosse zone inflammatoire. Parois gastriques et mésentères normaux. Aucun ganglion. Aucun aspect de malignité.

Gastrectomie typique de droite à gauche, libération difficile du duodénum qui doit être sculpté, la lésion étant térébrante dans le pancréas. Terminaison par Finsterer.

Pièce : Il existe un gros ulcère duodénal et un ulcère sus-pylorique de la P. C. d'aspect banal.

Histologie : Elle apporte une mauvaise surprise : Il s'agit d'un épithélioma glandulaire de l'estomac, au niveau de l'ulcère sus-pylorique.

Suites : Simples. Le malade a été un peu long à reprendre des forces.

29-10-54 : A repris 500 gr. Etat général amélioré. Ne souffre pratiquement pas. Mange bien, aucun trouble digestif.

7-1-55 : A repris 3 kg. Bon appétit. Digestions normales, mais doit éviter de manger trop, car il éprouve alors une pesanteur gastrique pénible.

30-3-55 : Son médecin traitant nous écrit : Depuis février 55, aggravation et signes de métastase hépatique.

OBS. N° 60. — M. E..., 57 ans.

Mineur pensionné pour silicose à 35 %, depuis 4 ans.

Histoire actuelle : Le début remonte à 2 mois avec apparition rapide d'une anorexie totale, asthénie, amaigrissement. En même temps les digestions deviennent lourdes et pénibles, la position couchée amène une sédation. Pas de trouble du transit. Le malade signale une perte de l'odorat.

Examen : Malade pâle, aux conjonctives décolorées, point douloureux très précis à la partie supérieure de l'épigastre. Rien par ailleurs.

Radios : Elles montrent une image lacunaire bourgeonnante de la partie moyenne de l'estomac, qui semble avoir respecté les tuniques externes.

Le 16-8-54, intervention : Néoplasme situé au niveau de l'angulus, traduit extérieurement par une cicatrice blanchâtre, un peu rétractile de la dimension d'une pièce de 5 francs et intérieurement par une tumeur bourgeonnante assez bien limitée. Nombreux ganglions dans le petit épiploon sans infiltration de ce dernier. Quelques petits ganglions rétro- et sous-pyloriques.

Gastrectomie sub-totale terminée par Finsterer.

Pièce : La tumeur siège au niveau de l'angulus. Elle est bourgeonnante, du volume d'une grosse prune, implantée sur la surface d'une pièce de 5 francs, sans infiltration des parois gastriques à distance. Nombreux petits ganglions dans la P. C. et sous le pylöre.

Histologie : Epithélioma glandulaire végétant, typique. Ganglion envahi.

Suites : Très simples.

Le 10-12-54 : Va bien. Excellent appétit, digère bien, semble bien adapté, n'a cependant pas repris de poids.

Examen : Entièrement négatif.

Radios : Bon fonctionnement. Pas de reflux.

7-7-57 : Nous apprenons le décès du malade par récidence ganglionnaire et métastase hépatique. Etait allé bien jusqu'en janvier 1957.

OBS. N° 61. — M. C..., 58 ans.

Ethylisme ancien très important qui s'est amendé considérablement après un séjour dans un asile psychiatrique pour troubles caractériels.

Histoire actuelle : Depuis 3 ans existence de brûlures post-prandiales épigastriques, évoluant par période de 8 jours avec des intervalles de 3 mois.

Depuis 6 mois le malade a eprdu 6 kg. et il souffre quotidiennement avec apparition de vomissements bilieux et alimentaires.

Examen : Négatif, mis à part un point douloureux épigastrique à la palpation.

Radios : Rigidité en équerre de l'angulus permettant d'affirmer la néoplasme.

Le 11-9-1954 : Grosse tumeur manifestement néoplasique, développée au niveau de l'angulus, infiltrant de part et d'autre les faces antérieures et postérieures de l'estomac. L'infiltration remonte sur la portion verticale de la P. C. jusqu'au niveau de la coronaire. Le petit épiploon est infiltré à sa partie moyenne jusqu'au cardia. La tumeur est parfaitement libre en arrière.

Gastrectomie sub-totale terminée par Finsterer.

Pièce : Après avoir retourné l'estomac on découvre une tumeur, sous la forme d'une vaste ulcération, comme une paume de main, centrée sur l'angulus. Les bords sont hypertrophiques, non bourgeonnants, l'infiltration intéresse toutes les tuniques au niveau de la tumeur. Dans le petit épiploon une trentaine de ganglions avec 4 au niveau du cardia.

Histologie : Epithélioma glandulaire ayant pris la forme colloïde par place. Ganglions juxta-cardiaques non envahis.

Suites : Petit épisode congestif pulmonaire cédant rapidement aux antibiotiques.

28-9-54 : Le malade garde une température à 38°. Douleur

Le 17-5-55 : Revu en consultation : Il est cachectique avec œdème des membres inférieurs. Petite fistule sur la cicatrice donnant issue à un liquide trouble. Généralisation avec atteinte pariétale.

OBS. N° 62. — M. L..., 44 ans.

Malade adressé par un service de Phtysiologie pour néoplasme gastrique chez un tuberculeux pulmonaire.

Antécédents : Appendicectomie en 1938. En 1949, découverte d'un infiltrat important, création d'un P.N.O. G. en décembre 1949. En 1953, le côté droit inquiète les phtysiologues ; pleurésie droite qui cède rapidement.

Histoire gastrique : Depuis un an et demi apparition d'un syndrome douloureux épigastrique à type de crampes survenant de façon capricieuse, sans rythme ni périodicité. A noter un éthylisme très important.

Ces derniers mois augmentation des troubles dyspeptiques.

Radios gastriques : Aspect rigide et irrégulier de la portion horizontale et du 1/3 inférieur de la portion verticale de la P.C. Cette image est encadrée dans le profil gastrique et évoque le néoplasme.

Examen : Malade très amaigri aux examens général et local négatifs.

Examen : E. G. assez bien conservé. Examens général et local toute la portion horizontale de la petite courbure et remontant un peu au-dessus de l'angulus. Nombreux ganglions rétro-pyloriques et remontant le long de la coronaire. Le petit épiploon n'est pas infiltré, la tumeur est mobile. Gastrectomie sub-totale terminée par Finsterer.

Pièce : Tumeur de la dimension d'une paume de main, en médaillon, à bords saillants, à fond ulcéré, végétant avec des zones nécrosées.

Histologie : Epithélioma atypique. Ganglion sain.

Suites : Simples.

Radios de contrôle : Bon fonctionnement de l'anastomose. Les anses jéjunales sont normales.

N'a jamais donné de nouvelles après sa sortie.

OBS. N° 63. — M. D..., 59 ans.

Accident du travail ayant entraîné l'amputation du bras droit. Pas de passé pathologique notable.

Histoire actuelle : Elle débute il y a 8 mois par un amaigrissement important, isolé. Perte de 10 kg. Ce n'est que depuis 2 mois que le malade se plaint de douleurs épigastriques post-prandiales à type de crampes et de pesanteurs survenant 1/4 d'heure à 1/2 heure après les repas et s'accompagnant de somnolence. Pas de vomissements au début mais ceux-ci apparaissent il y a un mois, avant la Noël et ils persistent depuis en s'aggravant accompagnés par une anorexie progressive.

Radios : Elles montrent un estomac de stase avec image lacunaire de la région antrale.

Examen : Malade très amaigri à l'examen général et local négatifs.

Le 30-1-56, intervention : Gros néoplasme intéressant toute la partie horizontale de l'estomac avec nombreux ganglions. Adhère au pancréas, infiltration légère du pédicule hépatique. Malgré la difficulté on décide de faire une gastrectomie palliative de propreté.

Gastrectomie sub-totale, assez laborieuse, terminée par Fisterer.

Pièce : Toute la région antrale est occupée par un immense cratère à bords végétants, à fond nécrosé et végétant. Il s'agit d'une forme qui paraît terriblement infectée. Il y a de nombreux ganglions qui paraissent envahis.

Histologie : Epithélioma atypique de l'estomac. Le ganglion envoyé n'est pas envahi.

Suites : Simples.

Revue le 11-5-56 : Bon résultat, aucun trouble digestif. A repris 5 kg.

Examen : Négatif.

Le 7-9-56 : Continue à aller très bien. Mange et digère normalement. Selles régulières. Examen négatif.

OBS. N° 64. — M. L..., 44 ans.

Antécédents : Bronchitique ancien. Il y a 3 ans épisode de diarrhée aiguë : Lavement baryté négatif.

Histoire actuelle : Présente depuis 2 mois des douleurs post-prandiales parfois nocturnes avec depuis 1 mois des vomissements alimentaires après tous les repas, au bout de quelques heures.

Examen clinique : Négatif. Malade très maigre qui a perdu 10 kg. en 2 mois.

Radios : Grosse niche de l'angulus avec d'autre part un aspect raide et par endroit lacunaire de la région pré-pylorique.

Le 9-2-57, intervention : Très grand estomac dilaté. On constate, d'une part, au niveau de la P.C., un épaississement localisé qui correspond à la niche de l'angulus, épaississement libre, et d'autre part, une tuméfaction localisée du pylore du côté G.C., de la dimension d'une noisette, dure, presque fibreuse qui ne semble pas être du néoplasme. Par ailleurs, de nombreux ganglions inflammatoires disséminés le long du pancréas, au niveau de la coronaire, dans le ligament gastro-colique et même dans le méso-colon transverse.

Gastrectomie sub-totale large avec curage très poussé. On est contraint à la splénectomie pour libérer la G.C. car le pédicule splénique est très bref.

Pièce : Grand estomac distendu avec légère gastrite et présentant : 1° Un ulcère cratériforme important sur le versant gastrique et le pylore côté G.C., en pleine poussée évolutive, admettant

la pointe de l'auriculaire. Pas de sténose pylorique anatomique.
2° Un gros ulcère cratériforme sur la P.C. à 4 cm. au-dessus de l'angulus et qui évolue vers la cicatrisation.

Histologie : Epithélioma atypique de l'estomac, le ganglion n'est pas envahi (lésion pylorique).

Suites : Simples.

Le 5-11-57 : A été revu 2 fois à cette date. A repris 5 kg. Fait un petit dumping très tardivement (2 heures et demie après les repas).

Le 8-8-58 : Revu à la consultation : Est en pleine récidence ganglionnaire épigastrique. Pronostic fatal à très brève échéance.

OBS. N° 65. — M. G..., 80 ans.

En 1948 prostatectomie, en 1956 orchite droite traitée médicalement.

Histoire actuelle : Au cours de l'année 1956 éprouve des douleurs épigastriques en barre, survenant quotidiennement. Irradiations dans les épaules et le dos.

Amaigrissement de 5 kg. en quelques mois.

Il y a trois mois hématomèse grave qui nécessite l'hospitalisation d'urgence. Après une hospitalisation de 3 mois est envoyé dans le service en vue d'intervention, parce que le traitement d'épreuve qui avait amené une importante sédation des douleurs et une amélioration de l'état général, plusieurs hématomèses contraignent à une décision chirurgicale.

Radios : Elles montrent au niveau de l'angulus une volumineuse image additionnelle avec une implantation un peu lacunaire.

Intervention le 3-10-1957 : Néoplasme de la P.C. à sa partie moyenne, avec une infiltration étendue du petit épiploon. Nombreux ganglions de volume modéré. Pas d'adhérences postérieures, pas de métastases hépatiques, mais sur la première anse jéjunale, une multiplicité de petites taches de bougie signe la dissémination. Pas d'ascite.

On décide de faire une gastrectomie large, palliative, dans un but de propreté et surtout d'hémostase.

Gastrectomie typique des 3/4 en emportant le petit épiploon, la plus grande partie de la P.C. avec sa chaîne ganglionnaire. Le duodénum est sectionné à 3 cm. du pylore et fermé par une ligature et 2 plans d'enfouissement. Rétablissement de la continuité par Finsterer 2 plans surjet catgut, trans-mésocolique.

L'intervention a été rapide, sans incident.

Pièce : La gastrectomie emporte les 3/4 de l'estomac, le grand épiploon, le petit épiploon et 3 cm. de duodénum. La lésion est constituée par une volumineuse ulcération, de la dimension d'une pièce de 5 francs, à bords irréguliers et taillés à pic, conduisant dans un vaste cratère, au fond duquel on voit une artériole bou-

chée par un caillot, origine des hémorragies. Les différentes tuniques gastriques sont infiltrées au niveau de la lésion. Le reste de l'estomac est tout à fait normal et la section passe à 6 cm. en zone saine. Il y a des ganglions dans toute la P.C. et dans les groupes sus et rétro-pyloriques.

Histologie : Epithélioma glandulaire.

Suites : Parfaites, mis à part le 4^e jour un schock, dû au sérum intraveineux, qui se dissipe rapidement.

OBS. N° 66. — M. O..., 65 ans.

Ethylique (boit depuis longtemps 4 litres par jour).

Histoire actuelle : Elle a débuté il y a 3 mois par une asthénie progressive, un amaigrissement très important et rapide et des crampes post-prandiales précoces calmées par les vomissements qui sont extrêmement abondants depuis deux mois.

Examen : Mis à part l'état de maigreur, l'examen somatique est négatif.

Radios : Elles confirment l'histoire néoplasique en montrant un aspect linitique de la région antrale et remontant le long de la P.C.

A signaler une éosinophilie sanguine à 17 % qui peut faire émettre l'hypothèse de myélémie avec colonisation épithéliale intramédullaire, étant donné qu'une parasitose peut être éliminée formellement.

Le 7-11-1957, intervention : Tumeur avec infiltration antro-pylorique, intéressant toute la paroi gastrique, mais sans atteinte de la séreuse et sans adhérence postérieure. Adénopathies multiples, mais de taille discrète. Le foie est absolument farci de petites métastases de la taille d'un petit pois.

On décide de faire une gastrectomie palliative de propreté sans pousser le curage ganglionnaire.

Gastrectomie en gouttière, des 3/4, terminée par Finsterer.

Pièce : Cancer occupant toute la partie horizontale de l'estomac, de type infiltrant, le pylore est un peu intéressé et sténosé.

Histologie : Epithélioma glandulaire. Ganglion non envahi.

Suites : Très simples.

OBS. N° 67. — Mme F..., 65 ans.

Aucun passé digestif si l'on excepte quelques crises de coliques hépatiques autrefois.

Début il y a trois mois par une indigestion avec vomissements et diarrhée. Depuis, perte de l'appétit, digestions difficiles avec renvois, baillements, lassitude générale, constipation.

Radiographies : Etat lacunaire de la G.C. prépylorique traduisant le néoplasme.

Examen : Etat général qui paraît encore acceptable. A la palpation, profonde impression d'une petite tumeur douloureuse au-dessus de l'ombilic.

Préparation et examens habituels.

Le 24-8-1949, *intervention* : Néo antro-pylorique assez limité, mobile, sans adhérences postérieures avec quelques ganglions ne paraissant pas envahis.

Gastrectomie sub-totale terminée par Polya.

Pièce : Néo bourgeonnant, ulcéré en son centre, comme une petite paume de main.

Histologie : Epithélioma glandulaire typique. Le ganglion est envahi.

Suites : Très simples.

6-3-1950 : Aucun trouble digestif à part 2 ou 3 fois une ébauche de dumping cédant en 10 minutes au décubitus. Aucun vomissement, aucune douleur, selles régulières. Les forces sont revenues. A repris son travail depuis 3 mois et a perdu 3 kilos sur ceux regagnés à sa sortie.

16-10-1950 : Bon résultat. Poids stationnaire. Hygiène alimentaire normale. Mange presque autant qu'autrefois à chaque repas. Les malaises post-prandiaux ont presque complètement disparu. Selles régulières. Bien colorées. Parfait état général.

Examen : R.A.S.

N'a jamais donné de nouvelle par la suite.

OBS. N° 68. — Mme G..., 51 ans.

Le 21-1-1951, cholécystectomie pour une lithiase vésiculaire avec empyème. Cette malade est porteuse d'un diabète important (Glycémie à 2,47 g.), mais assez facilement équilibré, sans insuline.

La malade se remet parfaitement après son intervention, mais en septembre 1952, elle commence à ressentir des douleurs abdominales diffuses, elle souffre d'éruptions et d'une tendance à la constipation. Ces troubles ne sont pas influencés par l'alimentation et n'ont aucun caractère de crise cholécystienne.

Depuis 3 semaines, à la suite d'un choc émotif violent, la malade a été saisie d'angoisse avec sensation de constriction thoracique, depuis, elle est plus énervée que d'habitude et elle présente une petite température inexplicable.

Examen : Il montre simplement une sensibilité de la région épigastrique.

La malade entre en observation. Elle présente une crise douloureuse de siège péri-ombilical qui évoque un syndrome occlusif haut situé.

Radiographies : Le lavement baryté est normal mais l'ingestion barytée fait découvrir un énorme estomac de sténose avec une image lacunaire au niveau du pylore. L'indication opératoire est formelle.

Le 7-3-1953 : intervention : Estomac énorme et distendu. Il existe une tumeur antro-pylorique de la dimension d'une paume de main, circulaire, avec atteinte de la séreuse à son niveau, mais absolument libre et mobile. Seul le duodénum est fixé par des adhérences post-opératoires anciennes.

Pas d'infiltration des épiploons. Quelques ganglions isolés, mous, foie normal.

Gastrectomie sub-totale, terminée par Finsterer.

Pièce : Tumeur infiltrante sans végétations, circulaire et sténosante.

Histologie : Epithélioma glandulaire typique de l'estomac, les ganglions ne sont pas envahis.

Suites simples : Cependant à signaler entre le 6^e et le 7^e jour des coliques post-prandiales avec matières diarrhéiques fermentées et état sub-fébrile.

24-6-1953 : Glycémie à 1,40 g. Vient de reprendre 2 kilos en 3 semaines. Les coliques s'estompent de plus en plus. Bon appétit. Selles régulières.

Examen : R.A.S.

9-2-1954 : Va bien. Poids stationnaire. Souffre parfois un peu le soir, de façon passagère.

Examen : Masse du volume d'une mandarine au niveau de la cicatrice, para-ombilicale gauche, adhérente à la paroi, mobile en profondeur. Récidive pariétale ou péritonéale à ce niveau.

30-8-1955 : En pleine généralisation : Sédatifs.

OBS. N° 69. — Mme G..., 66 ans.

Aucun antécédent pathologique.

Depuis plusieurs mois, troubles digestifs, ensuite quelques vomissements et amaigrissement.

Radiographies : Néoplasme antro-pylorique sténosant avec perte de substance indiscutable.

Examen : Malade au teint jaune paille qui est faible et amaigri. La tumeur n'est pas perceptible.

Préparation et bilan habituels avec ce résultat que l'oxyferri-scorbone fait cesser les vomissements et permet l'alimentation.

Le 8-9-1951, intervention : Néoplasme antro-pylorique libre, sans extension. Il existe un ganglion gastro-colique et un autre dans le petit épiploon.

Gastrectomie sub-totale terminée par Finsterer.

Pièce : elle comprend les 4/5^e de l'estomac. Néo antro-pylorique limité, ulcéro-végétant et circulaire.

Histologie : Tous les fragments examinés sont envahis par un épithélioma glandulaire typique, ainsi que les ganglions.

Suites : Très simples.

Le 11-8-1952 : Appétit diminué mais digestions normales. Douleurs de l'hypocondre droit, surtout le matin avec des nausées et vomissements de quelques glaires.

Examen : Gros foie avec noyaux métastatiques. Réaction pleurale droite.

Donc métastase hépatique au 11^e mois.

OBS. N° 70. — Mme B..., 53 ans.

Aucun passé digestif.

Début il y a 8 mois par des crampes gastriques nocturnes, calmées par l'ingestion alimentaire et survenant plusieurs fois pendant la nuit.

Un ou deux vomissements aqueux et alimentaires. Pas d'hématémèse. Amaigrissement de 15 kilos.

Radios : 1° Tumeur centrale intra-gastrique avec infiltration de l'angulus ; 2° Tumeur irrégulière du volume d'une mirabelle, intra-gastrique à la partie moyenne de la G.C.

Examen : malade très maigre à l'examen local et général négatif.

Le 16-1-1952, *intervention* : Il s'agit effectivement de deux tumeurs gastriques, l'une antro-pylorique et l'autre de la G.C. Aucun signe de métastase ou de généralisation. Estomac souple. Gastrectomie sub-totale du type Finsterer.

Pièce : Tumeur antro-pylorique molle d'aspect polypoïde avec en un point une induration qui fait penser au néoplasme.

La tumeur de la G.C. est du volume d'une grosse prune, elle est molle, son pédicule est souple, du volume d'une pièce de deux francs. Parois gastriques normales tout autour. Un ou deux ganglions sur le petit épiploon.

Histologie : Les deux tumeurs sont des épithéliomas glandulaires typiques. Les ganglions ne sont pas envahis.

Suites : Pendant 3 jours, vomissements bilieux. Au 10^e jour, menace de phlébite gauche, bloquée par l'héparine. Sort le 15^e jour, ayant bien repris l'alimentation, en bon état.

13-5-1952 : Reprise de 4 kilos. Très bon appétit, digère parfaitement. Se plaint uniquement d'une douleur épigastrique à la marche, donnant une impression de traction.

Examen : R.A.S. La douleur siège uniquement dans la cicatrice et doit provenir d'un névrome.

7-11-1952 : Les radios de contrôle montrent un fonctionnement correct. Examen : R.A.S. Va bien à tout point de vue.

Perdue de vue par la suite.

OBS. N° 71. — Mme C..., 58 ans.

Histoire de cholécystite il y a 8 ans. Durée un mois, aucun trouble depuis.

Histoire actuelle : Début clinique il y a trois mois par de l'anorexie, un amaigrissement de 9 kilos avec quelques douleurs post-prandiales et des vomissements avec débris alimentaires.

Radiographies : Elles montrent un néoplasme antro-pylorique paraissant assez volumineux.

Le 2-2-1952, intervention : Volumineux néoplasme antral s'arrêtant au pylore, remontant à la moitié de la portion verticale de l'estomac. Infiltration des parois sans atteinte de la séreuse. Pas d'infiltration des mésos et pas d'adénopathie notable. Gastrectomie sub-totale terminée par Finsterer.

Pièce : Ce néoplasme volumineux est de forme infiltrante, sans aucune végétation intra-gastrique. Deux petits ganglions du groupe coronaire sont prélevés.

Histologie : Epithélioma atypique. Ganglions sains.

Suites : Banales. Sort au 12^e jour.

26-5-1952 : Va bien, a repris 1 kilo seulement, mais mange bien. Aucun trouble digestif, selles régulières.

Examen : R.A.S. Tout va bien, sauf un gros abcès de la fesse dû aux injections d'oxyferriscorbone.

16-10-1953 : Excellent résultat.

OBS. N° 72. — Mme R..., 67 ans.

B.S.H. Mari mort de cancer gastrique.

Histoire actuelle : Lassitude progressive et inappétence sans la moindre douleur. Léger amaigrissement et quelques vertiges. Depuis 2 mois environ.

Examen : Tumeur de la grosseur d'une petite mandarine, perçue dans l'hypocondre gauche. Rien à part cela.

Radios : Tumeur assez volumineuse de la G.C. avec énorme lacune et estomac ptosé.

Le 13-3-1952, intervention : Néoplasme du volume d'une mandarine sur la G.C., à l'union des parties horizontales et verticales, occupant les 2/3 de la circonférence de l'estomac à ce niveau.

Légère adhérence au méso-côlon transverse. Quelques ganglions.

Gastrectomie sub-totale terminée par Finsterer.

Pièce : Volumineux néoplasme ulcéro-végétant avec au centre une grosse tumeur arrondie du volume d'une prune.

Histologie : Epithélioma glandulaire. Ganglion non envahi.

Suites : Très simples.

20-6-1952 : Se sent en forme mais l'examen fait découvrir un ganglion sus-claviculaire et un empatement péri-ombilical d'origine ganglionnaire.

9-3-1953 : Poids stationnaire. Appétit un peu diminué. Se plaint depuis peu de ballonnement. Selles régulières. Toujours présence du ganglion de Troisier, et de la masse ganglionnaire péri-ombilicale.

OBS. N° 73. — Mme G..., 65 ans.

Constipation habituelle ; aucun autre trouble digestif.

Histoire actuelle : Début il y a 8 mois par une simple perte de l'appétit. Depuis deux mois, douleurs épigastriques, digestions difficiles. L'appétit diminue de plus en plus avec dégoût des graisses. Amaigrissement de 9 kilos. A eu deux vomissements alimentaires seulement.

Radios : énorme estomac descendant à un travers de main de la ligne bi-crête, sténose pylorique avec légère perte de substance. Probablement néo.

Examen : Sujet maigre ; l'examen général est négatif. Impression d'une petite tumeur de la région ombilicale.

Le 28-8-52, *intervention* : Tumeur antro-pylorique toute petite et sténosante, quelques ganglions au niveau des courbures qui ne sont toutefois pas infiltrées. La tumeur est très mobile, l'estomac est très dilaté.

Gastrectomie sub-totale au cours de laquelle doit être enlevée en raison de la brièveté de son pédicule. Finsterer pour terminer.

Pièce : Du côté du pylore, tumeur du volume d'une petite noix, très dure, avec une minuscule ulcération en son centre et un épaissement considérable de toutes les tuniques gastriques à ce niveau. Tumeur de forme infiltrante pure, qui n'est pas tout à fait circulaire et s'arrête nettement au pylore. Par ailleurs, à l'union du 1/4 supérieur et du 1/4 moyen, sur la face postérieure de l'estomac, près de la G.C., on trouve deux vastes ulcères de la dimension de l'ongle du petit doigt avec muqueuse taillée à l'emporte-pièce. De ces deux ulcères, part un sillon circonférenciel, horizontal, ébauche de sténose gastrique. Dans ce sillon existent au moins deux ulcérations très minces et très allongées ; ces ulcérations ont un caractère macroscopique bénin. Dans les courbures plusieurs ganglions ; on a prélevé 3 ganglions au niveau du cardia pour voir s'ils sont envahis.

Histologie : Epithélioma glandulaire typique. Ganglions non envahis.

Suites : Banales. Lever 24^e heure. Sort au 12^e jour.

Le 22-12-52 : reprise de 3 kg. 500, bon appétit. Le petit estomac s'adapte parfaitement à ses fonctions ; selles régulières.

Examen : R.A.S. —

Le 9-12-53 : Depuis deux mois, dysphagie avec difficulté à avaler de la viande, quelques régurgitations ; a légèrement maigri.

Radios : œsophage normal, léger arrêt avant l'arrivée dans un micro-estomac (volume d'une noix). L'anastomose fonctionne; aucun signe radiologique de récurrence.

Examen : R.A.S.

OBS. N° 74. — Mme O..., 59 ans.

Pas de maladies graves. Il y a 10 ans, a souffert pendant un an de l'estomac sous forme de douleurs vers 3 h. de l'après-midi, pratiquement quotidiennes et calmées par l'ingestion de poudres. Depuis, rien de gastrique.

Histoire actuelle : Début il y a près de deux mois, par des vomissements alimentaires qui sont quotidiens et contiennent des aliments ingérés la veille ; l'appétit a diminué progressivement, il est nul à l'heure actuelle.

Examen : Peau sèche et aspect déshydraté. Examen général négatif. Clapotage à la palpation gastrique ; pas de tension intermittente ni d'ondes péristaltiques visibles.

Radios : Enorme estomac descendant au niveau du détroit inférieur avec sténose complète, perte de substance de deux centimètres au niveau du pylore, minuscule défilé à ce niveau.

Le 30-8-1952, intervention : Petite tumeur strictement pylorique très limitée, très sténosante, parfaitement mobile, sans aucun envahissement des épiploons ; très peu de ganglions.

Gastrectomie sub-totale terminée par Finsterer.

Pièce : La sténose est complète à l'épreuve de l'eau ; la tumeur est une virole limitée au pylore qui, à la coupe se présente comme une hypertrophie de la musculuse, tout à fait semblable macroscopiquement à une sténose hypertrophique du nouveau-né. La muqueuse n'est pratiquement pas altérée à ce niveau et la séreuse est respectée. A 4 cm. au-dessus du niveau de l'angulus, ulcération superficielle cratériforme d'allure bénigne de la dimension de l'ongle de l'auriculaire, le reste de l'estomac est sain.

Histologie : Le fragment gastrique est constitué par une muqueuse normale reposant sur une hyperplasie biernérienne. A une des extrémités, dégénérescence maligne certaine : épithélioma atypique infiltrant. Ganglions non envahis.

Suites : Absolument simples ; lever au 2^e jour ; sort au 12^e jour.

Le 10-12-1952 : Excellent résultat, bon appétit, pas de troubles digestifs ; n'as repris qu'un kilo.

Examen : R.A.S.

Le 15-5-53 : Aucun trouble digestif ; transit normal. Régime élargi, mais le poids reste stationnaire. Reprise des forces.

Examen : R.A.S.

Le 21-10-53 : Depuis 8 jours, vomissements incessants.

Radios : Récidive sur la bouche avec blocage de l'anse afférente.

Le 28-10-53, intervention : On trouve de nombreuses extensions néoplasiques au méso-côlon transverse, sur la paroi du transverse, et sur le péritoine, le long de l'aorte. On ne voit pas la bouche, mais on sent au doigt qu'elle est entourée d'une certaine induration. On ne pousse pas plus loin l'exploration qui risque d'être dangereuse et on fait une petite anastomose latéro-latérale entre l'anse afférente et l'anse efférente.

Suites : simples. La malade n'a jamais redonné de nouvelles.

OBS. N° 75. — Mme C..., 49 ans.

Pas le moindre passé digestif.

Histoire actuelle : Début il y a 6 mois par une indigestion et des vomissements alimentaires. Perte de l'appétit et commence à maigrir.

Actuellement, *radiographies* : image lacunaire avec perte de substance dans la portion horizontale.

Examen : malade au teint jaune-paille, amaigrie (10 kg.). Tumeur nettement perceptible occupant une partie du creux épigastrique. Reste de l'examen négatif.

Bilan et préparation habituelle.

Le 20-2-53, intervention : On découvre un néo de l'estomac réalisant une volumineuse tumeur ne dépassant pas la séreuse et épaississant considérablement la paroi gastrique, dans toute la portion horizontale remontant jusqu'à la P.C. Nombreux ganglions dans tout le petit épiploon jusqu'au cardia. Ainsi seule la partie toute supérieure de la grosse tubérosité semble exempte d'atteinte. Adhérences pancréatiques et au méso-côlon transverse en arrière. Après réflexion, on décide de faire une gastrectomie sub-totale très large.

Gastrectomie sub-totale en gouttière en sectionnant sur la P.C. au ras du cardia et en laissant sur la grosse tubérosité la largeur d'un pouce. Terminaison par Finsterer, partie points séparés fil de lin, partie surjet catgut. Accrochage de la brèche mésocolique sur l'œsophage.

Pièce : Comporte pratiquement la totalité de l'estomac. La tumeur qui siège à la limite de la portion horizontale et verticale de l'estomac est constituée par trois vastes ulcérations en feuille de trèfle, avec épaississement considérable de la paroi gastrique sous-muqueuse et musculuse et réalisant du côté du pylore une sténose. La lésion remonte jusqu'au cardia.

Histologie : Epithélioma très atypique. Ganglions envahis.

Suites : un peu de diarrhée rapidement jugulée par de la caroube. Suites simples.

Le 20-4-53 : va assez bien ; aucune douleur, mange bien, va à la selle régulièrement. A repris partiellement ses forces, mais a maigri de 500 gr. après avoir repris 1 kg. 500.

La famille de la malade nous a donné de ses nouvelles ; elle a été bien et avait repris ses occupations jusqu'en janvier 1954, ensuite, généralisation et décès le 14 juillet 1954.

OBS. N° 76. — Mme P..., 60 ans.

Hystérectomisée à 39 ans pour métrorragies ; B.S.H.

Histoire actuelle : Depuis une dizaine d'années, souffrait surtout la nuit, à la suite d'écart de régime pendant deux ou trois jours. Il y a un an, pendant deux mois, douloureuses crampes épigastriques très fréquentes, calmées par l'ingestion alimentaire. Depuis, s'est mise à digérer difficilement et à réduire son alimentation. Il y a trois semaines, hémorragie rectale de sang rouge. Depuis, se sent très déprimée.

Perte de 24 kg. en un an. N'absorbe que des liquides. Vomissements fréquents avec exceptionnellement des aliments de l'avant-veille.

Radios : Estomac rétentionniste avec sténose pylorique ; le canal pylorique est très effilé, avec une tumeur se traduisant par une perte de substance à ce niveau.

Le 2-12-54, *intervention* : Néoplasme antro-pylorique de la dimension d'un petit pruneau, extrêmement mobile, sans infiltration des épiploons, qui contient simplement quelques ganglions hypertrophiques oedémateux et pas fatalement envahis.

Gastrectomie sub-totale large terminée par Finsterer.

Pièce : Néoplasme antro-pylorique développé sur une hauteur de 5 cm., de forme infiltrante pure, sans atteinte de la séreuse.

Histologie : Epithélioma atypique ; ganglions envahis.

Suites : très simples. Sort au 12° jour.

Le 1-4-55 : a repris 2 kg. seulement, mais commence à bien s'alimenter. Actuellement bien adaptée ; fait moins de repas et mange davantage. Selles régulières ; aucune douleur, aucun trouble.

Examen : R.A.S.

Le 28-11-55 : Allait assez bien jusqu'au début d'octobre ; apparition à ce moment d'une crise douloureuse lombo-sacrée très violente. Légère baisse de l'appétit ; selles régulières ; a repris 3 kilos.

Radios lombo-sacrées : arthrose banale.

La famille de la malade nous a appris qu'elle était décédée le 4 avril 1956 de « généralisation ».

OBS. N° 77. — Mme B..., 28 ans.

3 enfants, 7, 6 et 4 ans.

Début il y a 4 ans après son dernier accouchement, par des douleurs sous forme de crampes épigastriques, survenant à n'importe quel moment, durant 1 h. 1/2 après les repas, sauf la nuit. Calmée par le Bicarbonate ou l'ingestion de lait. En 1951, une radio montre un ulcère juste au-dessus de l'angulus ; le traitement médical n'amène que peu d'amélioration et aucun intervalle libre vrai. Continue à souffrir ; amaigrissement de 15 kg. en 4 ans ; perte de l'appétit.

Radios : Aspect lacunaire et rigide de la P.C. horizontale. Estomac ptosé et allongé ; sténose pré-pylorique.

Examen : Femme grande et maigre. Impression de résistance dans la région sus-ombilicale ; reste de l'examen négatif : Anémie.

Le 10-9-1954, intervention : Très gros néoplasme de l'estomac, siégeant au niveau et au-dessus de l'angulus, s'étendant jusqu'au pylore, remontant jusqu'au tiers supérieur de l'estomac, occupant les faces antérieures et postérieures qui sont rétractées, s'accompagnant surtout d'adénopathies considérables dans tout le petit épiploon, jusqu'au niveau du cardia, au contact du pancréas, en dehors, au-dessus et en-dessous du pylore. Gastrectomie sub-totale très large terminée par Finsterer.

Pièce : Volumineux néoplasme à forme ulcéranse, de la dimension d'une paume de main, dont le centre est au-dessus de l'angulus, à bords hypertrophiés légèrement végétants. Le néo infiltre toutes les tuniques gastriques ; les ganglions sont énormes. L'exérèse a tout enlevé, mais n'a pas une prétention curative en regard de l'extension des lésions.

Histologie : Epithélioma atypique ; ganglions envahis.

Suites : Très simples ; sort au 14^e jour.

Le 7-1-55 : A repris 6 kg. depuis sa sortie de clinique ; bon appétit ; selles régulières.

Examen : R.A.S.

Le 3-9-55 : A perdu 2 kg. en 6 mois ; appétit moyen, digestions un peu lentes avec quelques douleurs ; selles régulières.

Examen : Généralisation péritonéale et ganglionnaire.

Le 1-11-55 : Décès dans un tableau de généralisation totale avec ictère et compression des membres inférieurs.

OBS. N° 78. — Mme B..., 48 ans.

Pas de passé digestif.

Histoire actuelle : Cette malade commence à maigrir il y a 7 mois, sans aucun autre signe. Il y a 4 mois les vomissements apparaissent, sans douleurs avec perte de l'appétit, puis ils s'atténuent.

Il y a 3 semaines, les vomissements réapparaissent ; consulte, et le traitement fait disparaître les vomissements.

Actuellement, l'amaigrissement se chiffre au total à 30 kg.; perte de l'appétit; aucune douleur.

Radios : sténose pylorique complète; image lacunaire antro-pylorique, dans un estomac très distendu.

Examen : E.G. moyen. R.A.S.

Le 14-5-54, intervention : Volumineux néoplasme occupant tout l'antrum pylorique, mobile, avec cependant une légère infiltration du petit épiploon, et quelques taches de bougie sur le méso-côlon transverse. On décide néanmoins de faire une gastrectomie palliative.

Gastrectomie sub-totale terminée par Finsterer.

Pièce : La tumeur s'accompagne d'un granité de la séreuse qui témoigne de l'extension. A l'ouverture, ulcération allongée de 3 cm. sur 2 ; pas de végétations. Il y a surtout une grosse hypertrophie de la musculuse. 2 ou 3 ganglions tout petits de la coronaire.

Histologie : Epithélioma atypique; ganglions envahis.

Suites : très simples. Sort le 12^e jour.

Le 10-8-54 : Quelques coliques post-prandiales; pas de diarrhée, mais quelques régurgitations bilieuses de temps à autre. Peu d'appétit; amaigrissement de 4 kg. depuis sa sortie de clinique.

Examen : Ni récidence, ni métastases décelables.

La malade n'a pas été revue depuis.

OBS. N° 79. — Mme L..., 50 ans.

Pas de passé digestif.

Histoire actuelle : Les premiers symptômes remontent à 15 mois; la malade était réveillée la nuit par des douleurs gastriques avec impression de faim, l'ingestion alimentaire la calmait immédiatement. Accalmie pendant 6 mois, puis réapparition des vomissements. Des *radiographies* sont faites, qui montrent une grosse gastrite et une région antro-pylorique irrégulière. Traitement médical qui ne soulage pas la malade mais lui fait reprendre du poids.

Depuis un mois, douleurs continues, vomissements fréquents, amaigrissements de 2 kg., perte de l'appétit, constipation.

Examen : Etat général relativement satisfaisant. Pas de signes d'anémie. Les examens général et local sont négatifs.

Radios : L'examen des radios est curieux. Une chose est à peu près certaine : l'existence d'une niche constante de l'angulus. Tout le reste de l'estomac est extrêmement irrégulier, donne une image pseudo-lacunaire totale, mais qui en fait, ne paraît pas être au premier abord plus en faveur d'une énorme gastrite que d'une généralisation néoplasique.

Le 17-1-56, intervention : Néo infiltrant étendu au niveau de l'angulus, sur 8 cm. de hauteur, s'étendant sur la face antérieure et postérieure avec énorme estomac à parois épaissies, présence de nombreux ganglions dans les mésos qui ne sont pas infiltrés ; les ganglions ont un aspect inflammatoire. On décide de faire une gastrectomie sub-totale élargie.

Gastrectomie sub-totale large terminée par Finsterer.

Pièce : Estomac monstrueux, énorme, avec muqueuse présentant des plis dont l'épaisseur atteint en certains points deux centimètres, à tel point qu'on se demande s'il s'agit de lésion de gastrite hypertrophique ou d'envahissement. Au niveau de la P.C., près de l'angulus, deux ulcérations de la dimension de l'ongle du pouce à fond saignant, à bords taillés à pic, de caractère nettement néoplasique. Pronostic immédiat très réservé en raison de la précarité des sutures.

Histologie : Gastrite hyperplasique très importante; un des fragments examinés est envahi par un épithélioma glandulaire typique. Les ganglions ne sont pas envahis.

Suites : très simples; sort au 14^e jour, et part pour 2 mois en maison de repos.

N'a jamais été revue, mais en mars 58, nous a donné de ses nouvelles.

Va très bien, ne suit aucun régime; fait 3 repas normaux quotidiens qu'elle mange de bon appétit. Selles normales et régulières. A repris du poids. Observe un repos complet.

OBS. N° 80. — Mme D..., 63 ans.

Pas de passé digestif net. Seulement quelques pesanteurs et de l'aérophagie.

Début de l'histoire actuelle : Il y a 4 mois, éprouve de la lassitude sans autre signe. Suit un traitement pour état général. Il y a un mois, douleurs épigastriques de courte durée, qui amènent à faire des :

Radiographies : Néo antral dépassant nettement l'angulus en hauteur. Pas de perte de l'appétit; pas d'amaigrissement, ne souffre pratiquement pas.

Examen : E.G. moyen. Teint un peu jaune-paille. Tumeur perceptible représentant la moitié inférieure de l'estomac. Reste de l'examen négatif. Signes d'anémie.

Le 31-1-56, intervention : Néoplasme de la P.C., situé immédiatement au-dessus de l'angulus, de la dimension d'une grosse prune, infiltrant toutes les parois et atteignant la séreuse gastrique. Le reste de l'estomac est sain, la tumeur est mobile, les épiploons ne sont pas envahis; il y a quelques ganglions relativement mobiles. Gastrectomie sub-totale terminée par Finsterer.

Pièce : Néoplasme de la P.C., de la dimension d'une petite paume de main, situé au-dessus de l'angulus, arrondi, à centre ulcéré, à bords végétants. Il y a quelques ganglions à l'émergence de la coronaire et sur la P.C., peu augmentés de volume, dont on ne peut macroscopiquement préciser l'envahissement.

Histologie : Epithélioma glandulaire typique; ganglions non envahis.

Suites : Très simples les premiers jours ; au 7^e jour, installation d'une parotidite gauche avec hyperthermie; traitement par antibiotiques et antiphlogistine. Incision et évacuation d'un pus très épais vers le 16^e jour. La température baisse, amélioration progressive et reprise de l'alimentation. Cette malade qui n'a pu s'alimenter pendant une dizaine de jours par suite de son trismus, a beaucoup maigri.

Le 18-6-56 : N'a repris qu'un kilo et demi, mais bon appétit; mange assez bien; bien adaptée. Un peu de diarrhée de temps à autre.

Examen : R.A.S.

Le 19-12-56 : A repris encore 2 kg. Très bon appétit ; mange à peu près de tout ; aucune gêne post-prandiale. Mange à chaque repas autant qu'autrefois. Selles régulières, quotidiennes, sans diarrhée. A retrouvé ses forces.

Examen : R.A.S. Résultat parfait.

Nous a donné de ses nouvelles en mars 1958, son poids est stationnaire, elle a repris 7 kg. en tout, les selles sont normales. N'éprouve pas de malaises post-prandiaux, sinon une légère somnolence. S'alimente cependant, avec 3 repas réduits et 2 collations à 10 h. et 17 h.

OBS. N° 81. — Mme B..., 49 ans.

Traitée depuis 1951 pour métrite et polypes. Biopsies négatives.

Traitement médical, arrêt des métrorragies ; tout allait bien.

Histoire actuelle : Depuis un an et demi, petits troubles digestifs intermittents, vagues ; depuis février 56, douleurs épigastriques, gargouillements, amaigrissement de 10 kg.; perte de l'appétit.

Radios : Image lacunaire avec petite niche encastrée de la P.C. pré-pylorique.

Examen : Grand estomac, pas de tumeur perceptible; maigre. Reste de l'E.G. négatif.

Le 20-6-56, *intervention* : Néoplasme de la région de l'angulus, assez limité, extrêmement mobile, avec quelques ganglions sous-pyloriques et pré-coronaires, mais sans la moindre infiltration des épiploons. Gastrectomie sub-totale terminée par Finsterer.

Pièce : Il s'agit d'une double ulcération de surface, au niveau

de l'angulus, de la dimension, l'une d'une pièce de deux francs, l'autre d'une pièce de un franc, à fond entouré d'une muqueuse rouge violacée, sans grosse infiltration en profondeur. La paroi gastrique est absolument souple et normale. Les ganglions sont de la grosseur de grains de café. Ils sont succulents et peut-être uniquement inflammatoires.

Histologie : Epithélioma très atypique et ayant subi la dégénérescence colloïde ; les ganglions sont envahis par un épithélioma colloïde très atypique.

Suites : Très simples ; sort au 14^e jour.

Le 26-9-56 : A repris 2 kg. 500 ; appétit moyen, presque aucun trouble digestif. A présenté un peu de diarrhée ; actuellement selles normales. Tolère tout au point de vue alimentaire.

Le 26-2-57 : Très bon résultat. Reprise de 4 kg. 500 au total. Mange bien, aucune douleur ; pas de dumping. La seule chose qui l'ennuie est un peu de diarrhée avec 3 ou 4 selles par jour, survenant une fois par mois au maximum et durant 2 à 3 jours.

Examen : R.A.S. Aucun signe de récidence ou métastases.

Le 25-3-58 : A encore repris du poids ; 10 kg. au total depuis son intervention ; bon appétit ; ne suit plus aucun régime ; mange de tout. Digère bien dans l'ensemble, mais si mange trop, pesanteurs, gargouillements et quelques douleurs immédiatement après les repas. La diarrhée avait presque disparue, mais depuis 15 jours, tend à reparaitre (2 à 3 selles par jour).

Examen : R.A.S.

OBS. N° 82. — Mme P..., 53 ans.

Depuis de longues années, quelques lourdeurs gastriques avec hyper-sécrétions. Depuis 3 mois, pesanteurs, quelques vomissements, parfois d'aliments ingérés la veille. Perte de l'appétit ; amaigrissement de 6 kg.

Radios : Aspect lacunaire de la région antro-pylorique remontant sur la P.C., un peu au-dessus de l'angulus.

Examen : Teint jaune-paille. Vague résistance épigastrique sans tumeur nettement perceptible. Reste de l'E.G. négatif.

Le 8-8-56, *intervention* : Néoplasme antro-pylorique, circulaire mais mobile, sans adhérences postérieures, sans infiltration des épiploons, s'accompagnant de ganglions de volume modéré. Gastrectomie sub-totale terminée par Finsterer.

Pièce : Néo circulaire, sténosant ; le néo est du type végétant, très dur, infiltrant toute l'épaisseur de la paroi gastrique, séreuse comprise.

Histologie : Epithélioma glandulaire typique. Ganglions sains.

Suites : Initialement simples ; puis marquées par une suppuration abondante au niveau du drain, puis par une fistule diges-

tive. Mise en aspiration gastrique. La fistule gastrique se tarit. Il persiste encore une suppuration pariétale. Quitte la clinique à la fin de la 5^e semaine.

Le 23-1-57 : Très bon résultat. Mange normalement sans le moindre trouble. Selles régulières. Aucune douleur. Reprise de 3 kg.

Le 3-7-57 : A repris 5 kg. depuis l'intervention. Bon appétit ; mange autant que tout le monde à chaque repas, et fait en plus de petits repas intermédiaires. Une à trois selles par jour, rarement diarrhéiques.

Le 20-3-58 : Quelques malaises post-prandiaux ; selles diarrhéique, mais non fréquentes (1 par jour). Fait 3 repas normaux. A perdu 1 kg. sur l'examen précédent. Parfois quelques douleurs hypochondre gauche.

OBS. N° 83. — Mme C..., 55 ans.

Aucun antécédent digestif. 9 enfants, tous vivants.

Histoire actuelle : Depuis 3 mois, apparition de renvois post-prandiaux et vomissements intermittents, alimentaires, survenant une heure après les repas. Appétit conservé, mais de restreint. Aucun dégoût alimentaire. Amaigrissement de 4 à 5 kg. en 3 mois. Constipation ; aucune douleur.

Examen : E.G. moyen. Persistance d'une certaine adiposité. Petit anévrysme artériel à l'origine de la carotide primitive ou de la sous-clavière droite. Tension intermittente de l'estomac. Reste de l'examen négatif.

Radios : Grand estomac très distendu ; liquide résiduel abondant. Tumeur sténosante antro-pylorique, véritable amputation antrale circonférencielle.

Le 6-9-56, *intervention* : Très grand estomac distendu, à parois très épaissies, avec néo antro-pylorique remontant au-dessus de l'angulus, assez gros ganglions dans le petit épiploon, certains fixés au pancréas. Gastrectomie sub-totale dont le curage ganglionnaire est difficile (un ganglion doit être sculpté dans le pancréas), terminée par Finsterer.

Pièce : Néoplasme infiltrant avec une légère ulcération de surface. Grosse hypertrophie de toute la musculuse, pas d'atteinte de la séreuse.

Histologie : Epithélioma atypique ; ganglions totalement envahis.

Suites : simples ; sort au 12^e jour.

Le 12-12-56 : A repris 5 kg. Enorme appétit ; mange n'importe quoi, chou, lard, etc...) et n'importe quelle quantité. Parfois un peu de diarrhée.

Le 24-5-57 : Depuis janvier, apparition d'adénopathies sus-

claviculaires gauches qui ont grossi progressivement, s'accompagnant de baisse de l'appétit, d'une perte de 5 kg., de quelques régurgitations non alimentaires et quelques brûlures œsophagiennes post-prandiales.

Examen : E.G. encore satisfaisant malgré l'amaigrissement. En plus de la grosse masse ganglionnaire sus-claviculaire gauche, on perçoit une masse épigastrique d'origine également ganglionnaire.

OBS. N° 84. — Mme P..., 54 ans.

Début en janvier 1956, sous forme de douleurs, à type de rer-rées et tiraillements de l'estomac, presque quotidiennes, surtout nocturnes. En même temps, perte progressive de l'appétit et amaigrissement de 2 kg. Pas de vomissements ; transit intestinal normal.

Radios : Niche en plateau de la P.C., au-dessous de l'angulus ; au-dessus et au-dessous, P.C. irrégulière, image lacunaire de la partie antrale pré-pylorique.

Examen : Aspect général médiocre ; amaigrissement ; anémie, teint jaunâtre. Léger oedème des membres inférieurs. Pas de tumeur gastrique perceptible. Reste de l'examen négatif.

Le 7-9-56, *intervention* : Volumineux néo occupant tout l'estomac, qui a un aspect de chou-fleur, avec atteinte de la séreuse, avec volumineux ganglion dans le ligament gastro-colique et énormes ganglions dans tout le petit épiploon. Il subsiste en haut d'adhérences postérieures, aussi décide-t-on de faire une gastrectomie palliative. Gastrectomie sub-totale au cours de laquelle la rate, blessée par un écarteur, saigne près de son hile, aussi est-on amené à faire une splénectomie.

Pièce : Monstrueux néoplasme de l'estomac dont pratiquement toute la cavité est remplacée par une vaste ulcération bourgeonnante. Nombreux ganglions énormes dans tous les territoires.

Histologie : Epithélioma colloïde.

Suites : Banales, marquées simplement par un syndrome diarrhéique qui cède au bout de quelques jours avec un simple traitement à l'Elixir Parégorique et au Bismuth.

Le 14-6-57 : Après avoir repris 2 kg., vient d'en perdre 3 ces temps derniers ; peu d'appétit ; fréquentes douleurs épigastriques ; selles normales.

Examen : Perception de ganglions dans la région pancréatique ; donc récurrence ganglionnaire.

OBS. N° 85. — Mme G..., 78 ans.

Autrefois sujette aux indigestions. Mais depuis 7 mois, digestions difficiles, douleurs de l'hypochondre gauche, un traitement médical amène une certaine amélioration.

Depuis 2 mois, vomissements presque chaque nuit ; perte de l'appétit, constipation, amaigrissement.

Radios : Sténose pylorique, probablement d'origine néoplasique, avec grand estomac descendant dans le pelvis. Image de calculs probablement vésiculaires.

Examen : Maigre, sèche ; énorme estomac occupant toute la moitié inférieure de l'abdomen.

Le 20-12-56, intervention : Enorme estomac, distendu, à parois très épaissies par la sténose. Petit néo pylorique très limité, parfaitement mobile avec 2 ou 3 ganglions sous-pyloriques. Petit épiploon libre. Dans ces conditions, on juge qu'il n'est pas plus grave, vu la facilité, de faire une gastrectomie rapide, qu'une gastro fonctionnant mal sur cet estomac dilaté. Libération de la G.C. sans décollement épiploïque. Libération du pylore en emportant les quelques ganglions voisins ; fermeture du duodénum en deux plans. Section de la coronaire. Finsterer 2 plans surjet catgut transmésocolique.

Pièce : Très grand estomac distendu, avec petit néo ulcéiforme non végétant, strictement limité au pylore, sur 2 cm., réalisant une sténose pratiquement complète.

Histologie : Epithélioma glandulaire de l'estomac. Ganglions envahis.

Suites très simples ; quitte la clinique au 10^e jour sans nouvelles depuis.

OBS. N° 86. — Mme M..., 76 ans.

B. S. H.

Histoire actuelle : A la suite d'un voyage, quelques tendances lypothymiques sans autre signe, pour lesquelles elle consulte son médecin qui, en l'examinant, découvre une tuméfaction de l'hypochondre droit.

Les radiographies gastriques demandées montrent un léger rétrécissement de la région pylorique.

Actuellement, aucun amaigrissement, conservation de l'appétit, pas de troubles digestifs, selles régulières. Tumeur péri-ombilicale droite parfaitement mobile paraissant être un néo pylorique.

On fait faire un lavement baryté pour éliminer toute histoire colique et on décide d'intervenir. Radio du gros intestin : pas de lésion organique.

Le 15-10-57 : Il s'agit effectivement d'un néoplasme antro-pylorique libre en surface, de la dimension d'une mandarine, mais adhérent en arrière au pancréas. Pas de métastases hépatiques. Peu de ganglions, mais sur les premières anses jéjunales, multiplicité de taches de bougie métastatiques. On décide de faire une gastrectomie palliative.

Gastrectomie sub-totale avec décollement colo-épiploïque terminée par Finsterer.

Pièce : Néoplasme antro-pylorique du type hypertrophique et ulcériforme, la tumeur a tendance à déborder sur le versant duodénal du pylore. Il y a quelques ganglions dans le groupe sous-pylorique et quelques-uns dans le groupe coronaire. Cette gastrectomie est fatalement un peu incomplète au point de vue ganglionnaire, mais elle n'avait pas intérêt à être plus élargie en raison de l'âge de la malade et de la généralisation sur le grêle.

Histologie : Epithélioma atypique.

Suites : Aucun choc, mais dès le lendemain, la malade se ballonne ; elle n'a pas émis de gaz. On la met 24 heures en aspiration et tout rentre dans l'ordre. Reprise rapide de l'alimentation ; sort au 15^e jour en bon état.

Le 28-1-58 : Reprise de 1 kg. Bon état général. Activité strictement normale. Bon appétit. Pratiquement pas de dumping. Parfois quelques régurgitations bilieuses ; selles régulières ; aucune douleur.

Examen : R.A.S.

OBSERVATIONS DES GASTRECTOMIES TOTALES

OBS. I. — Mme G..., 43 ans.

Pas de passé pathologique.

Histoire actuelle : Début il y a 8 mois par des crampes épigastriques, survenant une à deux heures après les repas, calmées par les vomissements. Pas de périodicité retrouvée.

Depuis 3 mois est traitée médicalement alors qu'elle était devenue très anémique et sub-fébrile. Grosse amélioration mais ces derniers jours, éprouve à nouveau des douleurs épigastriques nocturnes vers 4 heures du matin.

Radios : Deux séries de radiographies faites il y a 2 et 1 mois montrent la même image : irrégularité de la G.C. à la partie inférieure de la portion verticale. Le 16 janvier 1947, des radiographies après insufflation d'air montrent une tumeur intra-gastrique à contour net sans déformation de l'estomac à la partie moyenne de l'organe. Tumeur bénigne ?

Le 18-2-1947, intervention.

Tumeur néoplasique, comme une mandarine, à la partie moyenne de l'estomac. Plusieurs très gros ganglions dans le ligament gastro-colique, la région pré-pylorique, la partie haute de la P.C., et même dans le pédicule splénique. L'exploration de la partie haute

de la P.C. et de la région du cardia ne montre pas d'envahissement. On décide de faire une gastrectomie totale. Gastrectomie totale suivant une technique personnelle, inspirée de Lefèvre.

Pièce : Volumineuse tumeur en choux-fleur, ulcérée profondément et très fétide. Les ganglions sont suppurés, presque caséifiés. La paroi gastrique est saine à 4 cm. au-dessus de la tumeur.

Histologie : Epithélioma glandulaire. Ganglion envahi.

Suites : L'opérée meurt dans la nuit suivante de schock progressif et irréversible.

OBS. II. — Homme 49 ans.

Entré le 11-2-1948. Depuis 2 ans, syndrome ulcéreux typique. Depuis 15 jours, tableau de sténose pylorique.

La radiographie confirme la sténose sans révéler d'image ulcéreuse ou lacunaire.

Intervention : Il s'agit d'un néo de l'antra prédominant sur la P.C., étendu à tout le pylore, un peu adhérent en arrière du pancréas, en haut infiltrant légèrement le pédicule hépatique ; ganglions disséminés dans le mésentère. On décide néanmoins de faire une gastrectomie totale. Libération de la région antro-pyloro-duodénale, difficile en arrière, section du duodénum en tissu sain. Découlement colo-épiploïque et libération de la G.C. ; libération large de la P.C. ; rétablissement de la continuité par technique personnelle inspirée de Lefèvre.

Pièce : Gros néoplasme ulcéreux de la région antro-pylorique, multiples ganglions dans la région pylorique, dans le grand et le petit épiploon, tous macroscopiquement envahis.

Histologie : Epithélioma glandulaire. Les ganglions examinés ne sont pas envahis.

Suites remarquablement simples : les douleurs ont disparu et l'alimentation fractionnée se fait normalement. Le malade est décédé le 26 juillet 1948, soit six mois après l'intervention, « des suites de sa maladie » sans qu'on puisse savoir dans quelles conditions.

OBS. III. — M. C..., 46 ans.

Pas de passé pathologique notable.

Histoire actuelle : Début il y a 4 ans par des douleurs épigastriques post-prandiales, loin des repas, durant 2 à 3 jours avec des intervalles libres de 1 mois. Vomissements aqueux fréquents.

Depuis 3 mois, augmentation des douleurs qui reviennent presque tous les jours, à n'importe quel moment de la journée, même la nuit, calmées par le bicarbonate. Pas de perte de l'appétit. N'a maigri que de 2 kilos. N'a pas vomi ces derniers temps.

Examen : Sujet un peu pâle. Examen négatif.

Radios : Tranchée nette, à l'emporte-pièce à la partie moyenne de la portion horizontale ; le passage de la bouillie se fait par un canal irrégulier. P.C. irrégulière sur les 4 centimètres sus-jacents.

Le 17-3-1948, intervention : Infiltration circulaire sur une hauteur de 4 cm. de la région antro-pylorique. Lésion mobile. Quelques ganglions d'aspect inflammatoire.

Gastrectomie totale de principe suivant technique personnelle inspirée de Lefèvre, sans anastomose au pied de l'anse qui n'est pas sectionnée.

Pièce : Ulcéro-cancer antral. Les courbures ne sont pas infiltrées. Les lésions sont très limitées et les ganglions de type inflammatoire.

Suites : Schock d'une heure le lendemain qui cède au Subtosoan. Les 3^e et 4^e jours, ballonnement, coliques, un peu de contracture, accélération du pouls, cédant le 5^e jour à lavements répétés, sonde rectale et aspiration jéjunale. En fait il s'agissait d'une hémorragie intestinale de sang noir qui a entraîné une obstruction passagère et un syndrome toxique. La température n'a pas dépassé 38°. Au 7^e jour, tout est rentré dans l'ordre. Bon état. Alimentation liquide. Après, les suites sont très simples.

Le 9-2-1954 : A repris son poids. Mange toutes les deux heures et fait en outre deux grands repas presque normaux. Selles régulières quotidiennes. Pas de diarrhée. Pas d'anémie.

Examen : Entièrement négatif.

Radios : Passage et évacuation normaux.

Fait régulièrement son métier d'aiguilleur.

A signaler que ce malade qui continuait à aller très bien du côté digestif, a fait en mai 1957 un épithélioma bronchique *primitif* pour lequel il a été pneumonectomisé. En mars 1958, il va très bien et ne présente aucun signe de récurrence ou de métastase pour l'un ou l'autre de ses cancers.

OBS. IV. — Mme R..., 57 ans.

Aucun antécédent pathologique.

Histoire actuelle : Début il y a 4 mois par un syndrome abdominal des plus vagues, avec douleurs tous les 2 ou 3 jours sans aucune périodicité. Depuis 1 mois, les douleurs sont constantes. Pas de vomissement. Amaigrissement de 10 kilos en 2 mois. Appétit légèrement diminué.

Examen : E.G. conservé. Contracture légère de la région épigastrique, sans douleur localisée.

Radios : Image de néoplasme antro-pylorique. La partie haute de l'organe semble libre.

Le 3-5-1958 : Néoplasme antro-pylorique relativement libre en arrière, légèrement adhérent au ligament rond. Pas d'infiltration

majeure des épiploons. Le reste de l'estomac est sain. Pas d'envahissement ganglionnaire visible. On décide, malgré l'E.G. et l'âge, de faire une gastrectomie totale de principe.

Gastrectomie totale suivant une technique personnelle inspirée de celle de Lefèvre.

Pièce : La tumeur est antro-pylorique du volume d'un petit poing avec une grosse ulcération, comme une pièce de 5 francs.

Histologie : Epithélioma très atypique. Ganglion envoyé et fragment de ligament rond non envahis.

Suites : Très simples. Ni température, ni syndrome abdominal.

Radioscopie de contrôle le 12-6-1948. La baryte tombe très rapidement dans l'anse efférente jusqu'à une anse grêle dilatée, rappelant par sa forme celle observée dans la stagnation des sténoses gastriques, mais évacuation assez rapide. Transit satisfaisant.

Cliniquement : Mange normalement. E.G. très amélioré. Petit syndrome post-prandial.

Le 10-2-1952 : Va très bien. A repris son travail.

Le 15-1-1954 : Depuis 5 ans, l'E.G., un peu diminué dans les suites, ne s'est pas aggravé. Alimentation fractionnée. Pas de diarrhée, pas d'anémie.

8-1-1955 : Continue à s'alimenter de façon fractionnée. Bon appétit, mais ne doit pas trop manger, sinon présente des malaises post-prandiaux. Pas de diarrhée, pas d'anémie.

OBS. V. — Mme C. J..., 56 ans.

Aucun antécédent pathologique.

Histoire actuelle : Début il y a 6 mois par des troubles dyspeptiques et des vomissements exclusivement liquides survenant vers 3 heures du matin et précédés par une impression de constriction thoracique. Pas de douleurs post-prandiales.

Amaigrissement de 15 kilos en 6 mois.

Examen : Il est entièrement négatif.

Radios : Impression de striction médio-gastrique, pas d'onde, deux poches communicantes. Au bout d'une heure trente, l'estomac contient encore la majeure partie de la baryte.

Le 20-10-1948, *intervention*.

Tumeur antro-pylorique sténosante, du volume d'une prune avec granulations très limitées de la séreuse en surface. L'estomac et la tumeur sont libres et mobiles. Pas de ganglions. On décide de faire une gastrectomie totale.

Gastrectomie totale terminée par la technique de Lefèvre, mais sans section de l'anse, sans jéuno-jéjunostomie ni sonde œsophagienne. Anastomose transmésocolique avec fixation de la brèche au diaphragme.

Pièce : Comprend l'estomac, le cardia et 3 cm. de duodénum. Ulcéro-cancer de la face antérieure de l'antra pylorique, avec gros

épaississement des parois, rétraction de la muqueuse et envahissement de la musculuse. Sténose. Dimension d'une pièce de 1 franc. Pas de ganglion envahi.

Suites : Très simples, mis à part le premier jour une température à 38°5, due au litre de sang perfusé. Reprise progressive de l'alimentation. Lever le 10^e jour. Sort le 16^e jour.

Histologie : Epithélioma atypique avec envahissement large de la couche musculaire.

Le 29-1-1949 : Résultat actuel parfait, reprise de 3 kilos, bon appétit. Digère bien, parfois difficulté du franchissement de la bouche œsophagienne par un aliment solide. Pas de diarrhée, aucun signe de récidive.

Examen : R.A.S.

14-5-1949 : Depuis 3 semaines, présente des douleurs thoraciques l'obligeant à se lever la nuit. A maigri de 3 kilos depuis 1 mois. Présente un sub-ictère depuis 24 heures avec urines rouge, foncées. Par ailleurs, digère bien.

Examen : Sub-ictère, mais rien d'autre. Réserve à faire pour une métastase hépatique.

23-7-1949 : S'alimente bien, bon appétit, mais l'ictère est allé en fonçant. Selles régulières, mais mastic. Urines foncées.

Examen : Ictère franc du type rétentionnel. Prurit. Aucune trace palpable de métastase hépatique. Vésicule non perçue. Ventre souple. Rien aux poumons. Il s'agit probablement d'un noyau sur le pédicule hépatique, au-dessus de la jonction de cystique, ce qui interdit toute possibilité de cholécysto-jéjunostomie.

Entre à nouveau le 18-8-1949 parce que son médecin demande un geste opératoire en raison du prurit qui a une intensité extraordinaire.

Intervention : Transrectale, verticale paramédiane droite. Grosse vésicule distendue. Ponction de la vésicule qui ramène de la bile blanche, puis du pus franc. On fait néanmoins une stomie dans le vague espoir que la bile se draine. Impression de pédicule hépatique bloqué. Malgré un faible écoulement de bile par la cholécystostomie, aggravation progressive et la malade est emmenée le 10^e jour dans un état désespéré.

OBS. VI. — Mme C..., 69 ans.

Pas de passé pathologique.

Histoire actuelle : Depuis deux ans, présente des douleurs épigastriques post-prandiales, périodiques. Depuis 1 an, douleurs presque continues, qui deviennent permanentes depuis 3 mois. Pas de vomissement.

Amaigrissement massif, sans anorexie.

Examen : Mauvais E.G. Examen général et local négatifs.

Radios : Sur 3 films : Diverticule au niveau de la partie supérieure de la G.C. restant imprégné après l'évacuation gastrique. Les parois semblent souples tout autour.

Le 20-8-1949, intervention.

Néoplasme de la partie supérieure de la G.C. du volume d'une petite mandarine, laissant libre le cardia et les derniers centimètres de l'estomac. Quelques petits ganglions disséminés à allure purement inflammatoire.

Gastrectomie totale. Technique personnelle inspirée de Lefèvre.

Pièce : Néo limité avec une ulcération d'une paume de main, à bords exubérants et végétants. Le reste de l'estomac est sain. La lésion est sur la G.C. au niveau de la grosse tubérosité et s'arrête à 4 cm. du cardia.

Histologie : Epithélioma glandulaire. Tous les fragments examinés sont envahis.

Suites : La malade meurt au 8^e jour sans avoir présenté de température ni de signes péritonéaux.

Vérification : L'anse afférente est noirâtre, ainsi que quelques centimètres de l'anse efférente ; il s'agit vraisemblablement de lésions ischémiques par artérite et spasme surajouté, la malade présentant par ailleurs un état athéromateux particulièrement marqué de son appareil circulatoire.

OBS. VII. — M. P..., 42 ans.

Il y a 20 ans, a subi une G.E.A. pour une histoire ulcéreuse typique. Guérison. Il y a 5 ans, en 1945, s'est remis à souffrir de l'estomac : douleurs à type de tiraillements et de ballonnements post-prandiaux. Les radiographies montrent une image de néo pylorique. Un chirurgien pratique une gastrectomie des 2/3. Pas d'examen de la pièce opératoire. Peu d'amélioration après l'intervention : les douleurs persistent.

Il y a 6 mois, gros amaigrissement. Les radiographies montrent alors une image importante de néoplasie, mais le malade est très amélioré par un traitement à l'Oxyferriscobone avec une nette régression des images radiologiques.

D'autres radiographies sont pratiquées qui montrent un aspect bourgeonnant de la muqueuse autour de la bouche, aspect qui fait rejeter le diagnostic de schwanome qui avait été évoqué. Bon E.G.

Le 15-3-1950, intervention :

Grande incision, libération de nombreuses adhérences, l'estomac est d'aspect normal à l'extérieur, il existe un assez grand moignon gastrique, mais la palpation permet de sentir à l'intérieur des tumeurs molles très friables.

1^o Dégastro-jéjunostomie. Fermeture de la brèche gastrique.

2° Gastrectomie totale suivant technique personnelle, inspirée de Lefèvre.

Pièce : Tumeurs multiples, friables de la muqueuse remontant jusqu'au cardia et rappelant une polypose.

Histologie : Epithélioma glandulaire.

Suites : Température ascendante. Ballonnement. Décès au 7^e jour.

Vérification : Epanchement séro-hématique péritonéal. Collection de 100 cc. de pus jaune dans le fascia sous-rénal. Lâchage important au niveau de la suture jéjuno-jéjunale. Suture œsophago-jéjunale normale.

OBS. VIII. — M. M..., 49 ans.

Pas d'antécédent pathologique.

Depuis 18 mois, présente des douleurs post-prandiales, sans caractère précis, qui cèdent un temps au traitement anti-ulcéreux, puis reprennent. Depuis 3 mois, les douleurs ont repris, plus intenses, non calmées par le traitement médical, cependant que le malade maigrit beaucoup et perd forces et appétit.

Examen : Amaigri. Examen négatif.

Radios : Image lacunaire suspecte de la partie haute de la P.C.

Le 1-12-1951, intervention :

Néoplasme du 1/3 supérieur de la P.C., remontant jusqu'à 1 cm. du cardia. Adhérence pancréatique peu serrée. Nombreux ganglions dans la partie haute de la P.C. et péri-œsophagiens.

Gastrectomie totale suivant technique personnelle inspirée de Lefèvre.

Pièce : Gros néoplasme ulcéro-nécrotique de la dimension d'une paume de main. Nombreux ganglions mobiles, mais envahis.

Histologie : Epithélioma glandulaire. Ganglions envahis.

Suites : Décès le 1^{er} août 1956 de cause inconnue de nous.

Est allé très bien pendant plus de 4 ans : Avait repris 3 kilos, ne présentait aucun trouble digestif, pas d'anémie ni de trouble hypoglycémique. Pas de douleur sauf parfois de petites lourdeurs post-prandiales. N'était absolument pas limité au point de vue quantitatif : mangeait autant qu'auparavant à chaque repas.

OBS. IX. — M. B..., 51 ans.

Mineur de fond tousseur et cracheur.

Histoire actuelle : Début il y a 2 mois par des douleurs post-prandiales précoces, anorexie à la viande, digestions lentes et difficiles. Amaigrissement de 9 kilos. Asthénie.

Examen : E.G. assez bien conservé. Examen négatif.

Radios : Image typique de néoplasme étendu.

Le 14-1-1952, intervention :

Volumineux néo occupant les deux-tiers de l'estomac et remontant presque jusqu'au cardia, néanmoins l'estomac est mobile, les épiploons sont souples malgré la présence de nombreux ganglions.

Gastrectomie totale. Œso-jéjunostomie termino-latérale simple après section du jéjunum, jéjuno-jéjunostomie en Y.

Pièce : Infiltration de toute la partie verticale de l'estomac jusqu'au cardia. Seule la région antro-pylorique est normale. Aspect typique de linite plastique. Nombreux ganglions.

Histologie : Epithélioma colloïde. Ganglions envahis.

Suites : Lâchage de suture le 3^e jour. Emmené mourant par sa famille.

OBS. X. — M. V..., 67 ans.

Le malade présente depuis 6 mois un syndrome douloureux épigastrique non systématisé, à prédominance post-prandiale.

Pas de vomissement. Amaigrissement de 9 kilos.

Examen : E.G. moyen. Examen négatif.

Radios : Image antro-pylorique lacunaire.

Le 13-4-1953, intervention :

Cancer infiltrant la presque totalité de l'organe.

Gastrectomie totale de nécessité. Œso-jéjunostomie termino-latérale après section d'une anse jéjunale ; jéjuno-jéjunostomie en Y.

Pièce : Forme infiltrante pure. Aucune ulcération ni végétation. Quelques ganglions de la P.C. et du cardia.

Histologie : Epithélioma atypique qui envahit largement la couche musculuse, mais qui n'est pas une linite plastique. Ganglion sain.

Suites : Le taux d'urée monte inexorablement et le malade meurt 7 jours après l'intervention.

OBS. XI. — M. T..., 55 ans.

Aucun antécédent pathologique notable.

Souffre de l'estomac depuis un mois, a travaillé jusqu'à il y a trois jours. Le tableau est caractérisé par des douleurs sans horaire fixe, une baisse progressive de l'appétit, avec dégoût pour la viande et les graisses, un amaigrissement de 9 kilos. Pas de vomissement.

Radios : Grand estomac de sténose avec nombreuses lacunes antro-pyloriques remontant sur le corps de l'estomac et la P.C.

Examen : Négatif. Sujet maigre à l'état général médiocre.

Le 29-9-1953, intervention.

Le néoplasme occupe les 3/4 de l'estomac avec une infiltration qui remonte sur la P.C. jusqu'à un ou deux centimètres du cardia. Aucune adhérence. Quelques ganglions mobiles dans le ligament gastro-colique et le petit épiploon. Gastrectomie totale avec œso-jéjunostomie termino-latérale et jéuno-jéjunostomie en Y.

Pièce : Néoplasme végétant et infiltrant qui occupe les trois-quarts de l'organe.

Suites : Simples.

Le malade n'a jamais donné de ses nouvelles après sa sortie.

OBS. XII. — M. D..., 64 ans.

Aucun passé digestif.

Histoire actuelle : Début il y a 3 mois par une gêne épigastrique, perte de l'appétit et amaigrissement de 8 kilos.

Examen : Négatif. E.G. peu altéré.

Radios : Néoplasme avec image lacunaire important, allant de la partie moyenne de la P.C. au cardia.

Le 23-1-1954, intervention :

L'appendice xyphoïde est sectionné pour donner un meilleur jour. Enorme néo du tiers supérieur de l'estomac, du volume d'un gros poing, occupant toute la région cardiaque et sous-cardiaque. On explore à la main et on se rend compte qu'il existe une certaine mobilité et une infiltration pas trop importante du petit épiploon. Pas de signe de généralisation.

Gastrectomie totale avec œso-jéjunostomie termino-latérale et jéuno-jéjunostomie en Y.

Pièce : La volumineuse tumeur est ulcérée en cratère, fongueux au centre. La tumeur remonte exactement au cardia. Le reste de l'estomac est sain.

Histologie : Epithélioma glandulaire typique. Ganglion envahi. La paroi œsophagienne n'est pas envahie.

Suites : Simples. Lever à la 48^e heure. Sort au 14^e jour.

27-3-1954 : Poids stationnaire, celui de la sortie. Perte de 10 kilos sur le poids préopératoire. Bon appétit, peut manger des quantités assez importantes. Parfois pesanteurs post-prandiales cédant au décubitus. Pas de douleur, parfois légère brûlure œsophagienne, le matin. Selles normales mais molles. Pas de diarrhée.

Examen : Négatif.

20-10-1954 : A encore perdu 2 kilos, mais pas de pertes de forces. Se plaint de vomissements bilieux fréquents, exclusivement la nuit. Il y a 8 jours, crise de colique pendant 24 heures.

Examen : Foie légèrement gros, mais pas de noyau métastatique perçu. Aucun signe d'anémie.

16-4-1955 : Décès du malade par une cause que nous n'avons pu connaître.

OBS. XIII. — Mme M..., 61 ans.

Aucun antécédent digestif. En mai dernier, il y a 5 mois, amaigrissement, baisse de l'appétit, lassitude.

Depuis quelque temps, entre les repas, efforts de vomissements. Rejet de liquide, jamais d'aliment. L'absorption d'aliments évitait ces vomissements. Aucune douleur, appétit moyen.

Amaigrissement de 6 kilos, selles régulières.

Radios : Néo gastrique occupant toute la portion horizontale de la P.C. et la moitié de la portion verticale. Le tiers supérieur de l'estomac paraît normal.

Examen : Etat général moyen. Examen général et local négatif.

Le 28-10-1954, *intervention* : Volumineux néoplasme partant de l'antré et remontant sur la P.C. jusqu'au niveau du cardia. Le néo est centré sur la P.C. et coule sur les 2 faces. La P.C. est infiltrée mais mobile. Pas d'adhérence postérieure.

Gastrectomie totale selon méthode personnelle inspirée de Lefèvre.

Pièce : Tout l'estomac, le cardia et 3 cm. de duodénum.

Néoplasme en plateau du volume d'une paume de main, partant de l'antré remontant sur la P.C. avec au niveau de la portion verticale de celle-ci une tumeur bourgeonnante du volume d'un œuf de pigeon. Toute la paroi gastrique est hypertrophiée. Quelques ganglions le long de la P.C.

Histologie : Epithélioma glandulaire. Ganglion non envahi.

Suites : Extrêmement simples au début. Apyrexie et reprise complète de l'alimentation. Mais vers le 13^e jour, ascension thermique à 39°. Quelques frissons, matières décolorées sans ictère. Il s'agit sans doute d'une réaction inflammatoire du pédicule hépatique d'origine ganglionnaire. Tout rentre dans l'ordre en 48 heures et la malade sort au 18^e jour en bon état.

Cette malade n'a jamais donné de ses nouvelles après sa sortie.

OBS. XIV. — Mme A..., 65 ans.

Soignée depuis longtemps pour des manifestations rhumatismales chroniques et un basedowisme léger avec H.T.A.

Histoire actuelle : Début il y a 5 mois par des crampes gastriques, s'installe ensuite progressivement de l'asthénie et de l'impotence. Amaigrissement progressif.

Radios : Image lacunaire des deux courbures de l'estomac dans leur portion horizontale avec évacuation à peu près normale.

Examen : On sent d'une part une masse transversale dans la région épigastrique à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic, correspondant à la portion horizontale de l'estomac, et par ailleurs une masse arrondie dans l'hypocondre droit qui se continue directement avec le foie et qui peut se discuter avec une hypertrophie du lobe droit et un gros rein.

Tachycardie permanente à 110 depuis des années. T.A. à 18,5.

Le 1-6-1956, intervention : Il s'agit d'un néoplasme de type linite plastique étendu à tout l'estomac, qui est mobile, sans infiltration des mésentères, presque sans ganglions. Par ailleurs, la masse que l'on sentait à droite est une monstrueuse vésicule aubergine avec plusieurs très gros calculs dont un enclavé dans le bassinnet, excluant la vésicule. Rien dans le cholédoque.

Gastrectomie totale avec montage de l'anse anastomosée en Y.

On termine par une cholécystectomie sous-séreuse avec péritonisation de la fossette cystique.

Fermeture sur un drain.

Pièce : L'estomac est pratiquement pris dans sa totalité, sans lésion ulcéreuse. C'est la musculature qui est infiltrée en totalité. Il s'agit d'une véritable linite plastique. Les lésions s'arrêtent à 3 cm. environ du cardia.

La vésicule est remplie de bile blanche avec un peu de pus avec 4 gros calculs à facettes et un enclavé dans le bassinnet.

Histologie : Linite plastique. Ganglion non envahi.

Suites : Extrêmement simples les 4 premiers jours, pas de température, pas le moindre choc, la malade est levée tous les jours. Brusquement, le 5^e jour, ascension thermique à 40°, douleurs abdominales diffuses sans vomissement. En quelques heures, la malade se refroidit et décède.

OBS. XV. — M. B..., 65 ans.

Ce malade est dyspeptique depuis 20 ans, avec des pesanteurs post-prandiales, des régurgitations sans crampes ni brûlures. A eu souvent des radios gastriques qui n'ont jamais rien montré.

Depuis 3 mois les troubles se sont aggravés : Anorexie avec perte de 10 kilos et baisse de l'E.G.

Examen somatique négatif.

Radios : Néo de la grosse tubérosité.

Le 22-12-1956, intervention :

Tumeur de la face postérieure de l'estomac au tiers inférieur de la G.C., masse de la grosseur d'une mandarine adhérente au méso-côlon-transverse ; les vaisseaux courts sont rétractés, amenant la rate presque au contact de la G.C. Nombreux ganglions.

Gastrectomie totale et splénectomie. Œso-jéjunostomie termino-latérale après section d'une anse jéjunale, jéjuno-jéjunostomie en Y.

Pièce : Néo bourgeonnant du volume d'une mandarine.

Histologie : Epithélioma glandulaire. Ganglions sains.

Suites : Simples.

Le 10-1-1958 : Confort digestif moyen. Petits repas. Petit syndrome post-prandial. Quelques épisodes diarrhéiques. Pas d'anémie. A repris 1 kilo.

Examen : Aucun signe de récurrence ou de métastase.

Radios de contrôle : Bon fonctionnement des bouches anastomotiques. Petite gastralisation de l'anse jéjunale.

CHAPITRE IX

INDICATIONS DU TRAITEMENT CHIRURGICAL

Les indications opératoires sont fondées sur un certain nombre de principes, de constatations et sur l'étude des résultats dont un bref rappel servira de préambule.

L'évolution spontanée du cancer gastrique conduit inexorablement à la mort et ceci généralement dans un délai de quelques semaines à 18 ou 20 mois, à partir du moment où le diagnostic est porté.

Cette évolution est placée sous le signe de l'inconfort digestif (anorexie pénible, éructations fétides, diarrhée, vomissements), de la cachexie progressive qui en est le corollaire, de la douleur dans certaines formes ou, à un stade avancé, des complications telles que les sténoses, les hémorragies, l'ictère ou l'ascite.

— Il n'existe pas actuellement, à notre connaissance, de traitement médical valable, du cancer gastrique.

Certes les désinfiltrants, les sédatifs, les anti-anémiques peuvent soulager ces malades et donner un faux espoir d'amélioration. Celle-ci n'est malheureusement qu'éphémère.

— La radiothérapie ou curiethérapie n'ont pu trouver jusqu'ici de justification, en présence de tumeurs aussi peu sensibles à la thérapeutique d'irradiation.

— Seul le traitement chirurgical est susceptible, jusqu'à plus ample informé, d'apporter des résultats valables : mortalité n'excédant pas 12 à 13 % dans la gastrectomie sub-totale, donc fortement abaissée au cours de ces dernières années ; résultats fonctionnels satisfaisants ; résultats éloignés intéressants : près de 50 % de survies de 2 à 3 ans, 20 à 25 % de survies après 5 ans. C'est dire que le traitement chirurgical

apporte une guérison après 5 ans à un malade sur quatre ou cinq, alors que tous les autres moyens s'avèrent strictement inefficaces.

Contr'indications.

Ces différents arguments militent en faveur *d'indications opératoires très étendues* dans le cancer gastrique.

Il est évident qu'il ne saurait être question de proposer une exérèse à un malade à un stade très avancé, porteur de métastases hépatiques importantes, d'ascite, d'ictère, ou autre siège de généralisation. Seront également exclus les cardiaques décompensés, les grands vasculaires, les rénaux graves.

Le faible pourcentage de *laparotomies exploratrices* dans notre statistique (9 pour 201 opérés) prouve qu'il est rare, lorsque la décision opératoire a été mûrement discutée, que l'on soit amené à battre purement et simplement en retraite, sans pouvoir faire de geste utile.

Les interventions palliatives.

Classiquement, mis à part les gastrostomies banales ou transpyloriques que nous ne citons que pour mémoire, *la gastro-entérostomie de dérivation* représente la seule méthode palliative.

Cette G.E.A. relève à notre avis de trois exigences :

- Exérèse impossible du fait de conditions

{	locales
}	ou générales.
- Sténose pylorique la justifiant.

Il est évident que l'on voit encore trop souvent, devant des lésions importantes et étendues, pratiquer, afin de masquer une retraite qui n'a rien d'humiliant, une « gastro à la sauvette » que rien ne justifie. S'il n'existe pas de sténose vraie, elle n'apportera au malade ni soulagement, ni amélioration. Elle comporte des risques au moins égaux à ceux d'une exérèse.

Aussi ne lui réservons-nous que des indications précises et limitées.

Nous faisons personnellement entrer dans les méthodes palliatives, une exérèse qui n'a pas de visée curative : *la gastrectomie palliative*. Elle s'adresse à des tumeurs souvent évoluées et importantes de type végétant, ou ulcéro-végétant, donc particulièrement infectées, s'accompagnant d'extension ganglionnaire dépassant les possibilités d'un curage complet, parfois même d'une métastase hépatique. Dans de tels cas, il est habituel de battre purement et simplement en retraite. Nous pensons, au contraire, qu'il est possible de rendre un indiscutable service au malade en pratiquant une gastrectomie large, en tissu sain, sans chercher à supprimer l'extension lymphatique qui a dépassé les possibilités de l'exérèse, sans considérer que des métastases hépatiques limitées doivent imposer une attitude d'abandon pure et simple. Bien ou contraire, nous pensons que la gastrectomie large, si techniquement elle est possible, trouve indiscutablement sa place. Supprimant ce foyer infecté qu'est le cancer gastrique, elle soulagera considérablement le malade, lui donnera un confort digestif et une amélioration générale qu'il considérera souvent comme une guérison. Cette intervention est parfaitement superposable à la mastectomie de propreté, telle qu'on la pratique dans le cancer ulcéré du sein. Les résultats sont peut-être éphémères, mais elle nous a fourni des survies de 1 an, 2 ans, plus dans un cas. *La gastrectomie palliative* trouve donc parfaitement sa place dans la thérapeutique chirurgicale du cancer gastrique.

Gastrectomies totales ou sub-totales.

La gastrectomie totale, paraît, a priori, représenter le type d'intervention apportant le maximum de garanties au point de vue cancérologique. Ceci nous amène à discuter le bien fondé ou non de la *gastrectomie totale de principe* dans les cas où la tumeur est limitée et n'impose pas, de par sa localisation éloignée du cardia, le sacrifice total de l'estomac. Notre tendance a été pendant quelques années à évoluer en ce sens, dans l'espoir de résultats éloignés plus favorables. Bien que notre statistique comporte une survie de 10 ans, une autre de

7 ans chez de tels opérés, nous avons abandonné la gastrectomie totale de principe pour les raisons suivantes :

— Mortalité incontestablement plus élevée dans la gastrectomie totale que dans la gastrectomie sub-totale.

— Rareté extrême de constatations de cellules épithéliomateuses au cours d'examens histologiques systématiques de la paroi gastrique au niveau de la section supérieure, après gastrectomie sub-totale, passant loin des lésions et en territoire macroscopiquement sain.

— Rareté des récidives cliniques ou radiologiques sur le moignon, après gastrectomies sub-totales.

Nous ne conservons donc des indications à la *Gastrectomie totale* que sous la forme de *gastrectomie totale de nécessité*. Elle est alors imposée par des néoplasmes cardio-tubérositaires, tubérositaires, haut situés de la petite courbure, limites extensives.

Cette gastrectomie totale peut être réalisée par voie abdominale pure, par voie thoracique ou par voie mixte : thoracophréno-laparatomie. Cette dernière donne certainement plus d'aisance mais comporte un facteur de gravité supplémentaire qui ne peut être passé sous silence.

Cette gastrectomie totale doit-elle se limiter à l'exérèse de la totalité de l'estomac et à son territoire ganglionnaire ? Doit-elle être plus large encore, sous la forme que lui donne Lortat-Jacob, avec splénectomie, pancréatectomie gauche associées ? Le recul est encore insuffisant pour en juger et l'avenir dira si le risque supplémentaire de ces gastrectomies très élargies est payé en retour par des survies plus éloignées.

La *gastrectomie sub-totale élargie* représente donc pour nous l'intervention la plus fréquemment appliquée dans le cancer gastrique, en tenant compte des modalités et des conditions que nous avons précisées plus haut. Son taux de mortalité de 12,8 % étant acceptable, elle doit, à notre avis, être pratiquée chaque fois qu'anatomiquement elle est possible, l'âge des malades ne représentant pas, à notre sens, une contre-indication. Dans nos observations, de nombreux malades entre 70 et 80 ans, ont parfaitement supporté cette intervention.

La mortalité opératoire a pu être abaissée de façon notable au cours de ces dernières années, par un certain nombre de

facteurs que nous devons souligner en terminant, sans entrer dans les détails.

— Bilan cardio-pulmonaire, rénal et hépatique pré-opératoire minutieux.

— Rééquilibration biologique par transfusions, protéinothérapie, glucothérapie, etc...

— Utilisation des désinfiltrants, des antibiotiques dans la phase pré-opératoire, aspiration gastrique pendant quelques jours avant l'intervention dans les cas de sténose.

— Utilisation de tous les perfectionnements de l'anesthésie et de la réanimation et leur adaptation précise à chaque cas.

CONCLUSIONS

La statistique personnelle du Docteur Corajod, représentant 201 cas de cancers gastriques observés et traités de 1945 à 1957, soit sur une période de 13 ans, a servi de base à notre travail.

Sur ces 201 cas, 192 furent opérés. 101 malades, soit 50 %, furent justiciables d'une exérèse.

La mortalité opératoire, réduite à 12,8 % dans la gastrectomie sub-totale, s'élève rapidement à 40 % dans la gastrectomie totale.

Les résultats éloignés donnent chez l'homme un taux de survie de 38,4 % après 3 ans et de 28,5 % après 5 ans. Ils sont très nettement plus défavorables chez la femme.

Compte tenu de sa gravité et de la rareté des récidives sur le moignon après gastrectomie sub-totale, la gastrectomie totale ne nous paraît relever que d'indications de nécessité, la gastrectomie sub-totale élargie apportant une solution rationnelle dans la majorité des cas.

La gastrectomie palliative, dans certains cas avancés, supprimant le foyer permanent d'infection, apporte une survie manifestement plus confortable que la simple dérivation.

Si, dans l'état actuel, la moitié des malades observés peut bénéficier d'une exérèse, cette proportion doit s'élever de façon manifeste en s'efforçant de généraliser le diagnostic précoce et le dépistage systématique. Le corollaire en sera une amélioration sensible des survies éloignées.

Vu :

Le Doyen,
H. HERMANN.

Vu :

Le Président de la Thèse,
BERTRAND.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 18 Décembre 1958

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
A. ALLIX.

BIBLIOGRAPHIE

Nous renvoyons jusqu'en 1950 à la bibliographie du rapport au Congrès de Chirurgie de Lefèvre et Lortat-Jacob (Congrès Français de Chirurgie 1950 : Indications et résultats de la gastrectomie totale dans le cancer de l'estomac).

- ALLEN. — Cancer of the stomach. Editorial. *Surg. Gyn. Obst.*, 92, 757-759, 1951.
- ALVAREZ. — Mortality and survival rates of patients with cancer of the stomach. *Gastro-enterology*, 22, 136-138, 1952.
- AMBERG, RIGLER. — Results of surgery in carcinoma of the stomach discovered by periodic roentgen examination. *Surgery*, 39, 760-775, 1956.
- ANTHUN. — Carcinoma of stomach. An analysis and follow up of 525 cases. *Acta Chir. Scand.*, 104, 1-13, 1952.
- AUBERT. — A propos de 76 gastrectomies totales. *Thèse*, Paris, 1954.
- BARNOLA. — Résultats du traitement du cancer de l'estomac par gastrectomie sub-totale, à propos de 382 observations personnelles de M. le Dr Peycelon. *Thèse* Lyon, 1955.
- BEAL, HILL. — An evaluation of the surgical treatment of carcinoma of the stomach. *Surg. Gyn. Obst.*, 102, 271-278, 1956.
- BELLAVIA, MANCUSO. — Indications et résultats de la cure chirurgicale du cancer gastrique. Statistique clinique sur 356 cas. *Policlinico*, 63, 43-63, 1956.
- BERKSON, WALTERS, GRAY, PRIESTLEY. — Mortality and survival in cancer of the stomach ; a statistical summary of the experience of the Mayo Clinic. *Proc. Staff Meet. Mayo Clinic*, 27, 137-151, 1952.
- BLANC. — Etude des limites d'exérèse pour cancer antro-pylorique. *Thèse* Paris, 1951.
- BOEREMA. — Opérabilité du cancer gastrique. *Ann. Surg.*, 142, 228-237, août 1955.
- BOUCHUT, LEVRAT. — La dégénérescence cancéreuse de l'ulcère de l'estomac. *Journ. Méd. Lyon.*, 465-472, 1932.
- BOUCHUT, LEVRAT, PHILIPPE. — Le cancer de l'estomac des jeunes sujets. *Journ. Méd. Lyon*, 481-485, 20-8-1939.

- BROWN et KANE. — Carcinoma of the stomach. Review of 406 cases seen from 1940 to 1945 : Operability, resectability and curability. *Gastro-enterology*, 22, 64-79, 1952.
- BRYAN, CROSBY, PERRY et BEAN. — Cancer of the stomach. A survey of 411 cas. *Can. M.A.J.*, 69, 610-613, 1953.
- BUISSERET. — Position actuelle de la chirurgie du cancer gastrique. *Le Scalpel*, An 107, 27-38, 1954.
- DAHL-IVERSEN. — L'ulcéro-carcinome de l'estomac et son importance pour l'indication chirurgicale. *Lyon Chir.*, 45, 837-842, 1950.
- DEBRAY (Ch.), LAUMONIER, HOUSSAY. — La muqueuse gastrique des moignons de gastrectomie aux deux-tiers : Etude biopsique. *Arch. Mal. App. Dig.*, 45, 373-381, 1956.
- DECKER. — Réflexions à propos de la gastrectomie totale. *Journ. Intern. Chir.*, 2, 28-43, 1951.
- DELANNOY, VERHAEGHE et DERAMBEL. — Etude statistique sur 300 cancers de l'estomac. *Lille Chir.*, 7, 220-226, 1952.
- DELORE, MALLET-GUY, BURLET. — Résultats éloignés des gastrectomies pour cancer. *Lyon Chir.*, 23, 681-742, 1926.
- DE MARCHI, d'AMBROSIO. — Operabilita et sopravivenza di 255 casi di carcinoma gastrico. *Acta Chir. Ital.*, 12, 275-284, 1956.
- DESJACQUES et GILBERTAS. — Sur le cancer de l'estomac. *Lyon Chir.*, 43, 685-692, 1948.
- DESJACQUES, DESBORDES, CHOVEL. — Sur le traitement chirurgical du cancer de l'estomac. *Lyon Chir.*, 50, 840-842, 1955.
- DUCUING, GRIMOUD, LAPEYRE. — Contribution à l'étude du traitement du cancer de l'estomac. *Arch. Mal. App. Dig.*, 41, 1.000-1.001, 1952.
- ECKMANN. — Pronostic dans la chirurgie palliative du cancer gastrique. *Helv. Chir. Acta*, 22-11-1955.
- Résultats éloignés des résections palliatives pour cancer de l'estomac. *Deut. Med. Wschr.*, 81, 188-190, 1956.
- EKER. — Cracinoma of the stomach. Investigation of the lymphatic spread from gastric carcinomas after total and partial gastrectomy. *Acta Chir. Scandin.*, 101, 112-126, 1951.
- FINSTERER. — My experience with total gastrectomy. *Journ. Intern. Coll. Surg.*, 13, 675-686, 1950.
- Indikations stellung zur operativen behandlung den magen krebsses. *Der Krebsartz*, 7, 74-80, 1952.
- GIRARD (M.), FRAISSE. — A propos des tumeurs gastriques de la maladie de Biermer. *Arch. Mal. App. Dig.*, 41, 463-467, 1952.
- GIRARD (M.), GRIVET. — Hérité et cancer gastrique. *Arch. Mal. App. Dig.*, 43, 758-762, 1954.

- GUERRERI. — Sur la gastrectomie totale dans le traitement du cancer de l'estomac. *Policlinico, Sez Prat.*, 64, 881-890, 1957.
- HARVEY, TITHERINGTON, STOUT et ST-JOHN. — Gastric carcinoma. Experience from 1916 to 1949 and present concepts. *Cancer*, 4, 717-725, 1951.
- HOFFMANN. — La récidence du cancer de l'estomac sur la bouche anastomotique. *Munch. Med. Wschr.*, 98, mars 1956.
- JEMERIN et COLP. — Gastric carcinoma. A statistical study based on 344 cases from 1938 through 1947. *Surg. Gyn. Obst.*, 95, 99-112, 1952.
- KLASS. — Carcinoma stomach. The case for total gastrectomy. *Can M.A.J.*, 68, 350-353, 1953.
- LAHEY, MARSHALL. — Should total gastrectomy be employed in early carcinoma of the stomach. *Am. J. Surg.*, 132, 540-560, 1950.
- LAHEY. — Total gastrectomy for all patients with operable cancer of the stomach. *Surg. Gyn. Obst.*, 90, 246-249, 1950.
- LENA et MARTIN-LAVAL. — Etude statistique des opérations d'exérèse dans le cancer gastrique. *Marseille Chir.*, An 2, 363-369, 1950.
- LERICHE. — Résultat du traitement chirurgical du cancer gastrique. *Thèse Lyon*, 1906.
- LORTAT-JACOB. — Les récidives locales du cancer de l'estomac. Leur incidence sur le principe des gastrectomies pour cancer. *Sem. Hôp. Paris*, 28, 2239, 2244, 1952.
- LEVRAT et F.-X. LESBRE. — Etude statistique de 426 observations de cancer gastrique. *Rev. Lyon. Méd.* 10, 623-631, mai 1958.
- LESBRE (F.-X.). — Etude statistique de 400 observations de cancer gastrique. *Thèse Lyon* 1957.
- LE ROY, BLANC et CRESSON. — Statistique intégrale de 200 interventions pour cancer de l'estomac. *Mém. Acad. Chir.*, 27, 851-865, 1958.
- LUX. — Contribution à l'étude de la gastrectomie totale dans le cancer de l'estomac. *Thèse Lyon* 1951.
- MARTIN-LAVAL. — Contribution à la chirurgie d'exérèse pour le cancer de l'estomac. *Thèse Marseille*, 1950.
- MAC NEER, VANDENBERG, DONN, BOWDEN. — A critical evaluation of sub-total gastrectomy for the cure of the cancer of the stomach. *Ann. Surg.*, 134, 2-7, 1951.

- MOORE, MORTON. — Gastric carcinoma. A statistical review. 427 cases from 1941 through 1950. *Ann. Surg.*, 141, février 1955.
- MOREL. — Cancérisation des bouches d'anastomose après gastrectomie pour ulcère. *Thèse Paris*, 1956.
- MOUCHET (Alain), MARQUAND, CAMEY, AUBERT. — Le traitement chirurgical du cancer de l'estomac par gastrectomie totale.
- MAURI, PAOLINI, MARINONI. — Résultats à distance de la gastrectomie totale pour cancer. *Chirurgia*, 10, 163-184, 1955.
- 82 gastrectomies totales. *Mém. Acad. Chir.*, 80, 782-795, 1954.
- MONTAGNON. — Contribution à l'étude du cancer gastrique chez le sujet âgé de moins de 30 ans. *Thèse Lyon* 1953.
- MOUTIER. — Le cancer de l'estomac. *Encyclopédie médico-chirurgicale*.
- OLLSON, WESTERBORN, ENDRESEN. — The result of treatment of gastric cancer ; 15 years experience with 201 resections. *Acta Chir. Scandin.*, III, 1-15, 1956.
- NATALE. — La gastrectomia totale. Alcune considerazioni sulle indicazioni, sulla tecnica e sui risultati de casistica personale. *Arch. Italia Chir.*, 73, 33-63, 1950.
- OSCHNER et BLALOCK. — Carcinoma of stomach. Necessity of reevaluation of therapeutic philosophy. *J.A.M.A.*, 151, 1377-1384, 1953.
- PACK. — Cancer of the stomach : 20 years cure ; report of two cases. *Surg.*, 35, 920-924, 1954.
- PEYCELON, REPLUMAZ et CHARNAY. — Statistique de gastrectomies sub-totales pour cancer. *Lyon Chir.*, 50, 788-796, 1955.
- QUENU et FERROTIN. — 125 gastrectomies pour cancer dont 20 totales. *Rev. Chir.*, an 71, 129-150, 1952.
- RAFFI et KELLEY. — The five years survival rate for gastric cancer. A statistical study from the Syracuse Medical Center. *Cancer*, 6, 756-759, 1953.
- RANSON. — Cancer of the stomach. *Surg. Gyn. Obst.*, 96, 275-287, 1953.
- RANSON. — Cancer gastrique. Observation de cas traités par gastrectomie totale. *Gastro-entérology*, 30, 191-205, 1956.
- REMINE et PRIESTLEY. — Late results after total gastrectomy. *Surg. Gyn. Obst.*, 94, 519-525, 1952.
- ROY, BEAUDRY, L'ESPERANCE. — Considérations sur 50 cas de gastrectomies totales dans le traitement du cancer avancé de l'estomac. *Journ. Can. Chir.*, 1, 21-25, oct. 1957.

- SAFFAR et CLIFFTON. — Carcinoma of the stomach. A review of 161 cases and a comparison with two previous series. *Cancer*, 6, 987-996, 1953.
- SANTY, VACHON, MARTIN-NOEL, MAILLET. — Les tumeurs malignes de la région sous-cardiaque. *Arch. Mal. App. Dig.*, 39, 717-721, 1950.
- SHAHON, HOROWITZ, KELLY. — Cancer of the stomach. An analysis of 1152 cases. *Surgery*, 39, 204-221, 1956.
- SWEET. — Total gastrectomy by the trans-thoracic approach. *Ann. Surg.*, 138, 297-310, 1953.
- THOMSON et ROBINS. — Local recurrence following sub-total resection for gastric carcinoma. *Surg. Gyn. Obst.*, 95, 341-344, 1952.
- TONELLI et FAVACHIO. — Estudio dei fattori morfologici connessi con la sopra vivenza altre i 5 anni del intervento nel carcinoma gastrico. *Il Policlinico*, 59, 65-105, 1952.
- THROELL. — Total gastrectomy or not in cancer. *Acta Chir. Scandin.*, 104, 341-347, 1952.
- VANEEKOVA, JECKLER, SMAT, JEZKOVA. — Résultats de 10 années de traitement chirurgical du cancer de l'estomac. *Zentr. Blatt für Chir.*, 28, 1145-1153, 1957.
- WALTERS et BERKSON. — An improvement of 180 % in the 5 years survival rate of patients with carcinoma of the stomach. *Ann. Surg.*, 137, 884-889, 1953.
- WALTERS, GRAY, PRIESTLEY. — Advances in the surgical treatment of cancer of the stomach. *Proc. Staff Meet. Mayo Clinic*, 27, 156-161, 1952.
- WEST et FENGER. — The results of total gastrectomy for cancer of the stomach. *Ann. Surg.*, 135, 497-499, 1952.
- WIESNER. — Gastrectomie totale ou partielle dans le cancer gastrique. *Zeitsch. Arzt. Fortb.* (Iena), 50, mai 1956.

1000

TABLE DES MATIERES

Introduction	11
Historique	13
Considérations étiologiques	15
Considérations anatomiques	17
Considérations cliniques et radiologiques	21
Types d'interventions pratiquées	25
Statistique des interventions	27
Les résultats des gastrectomies	31
Résultats immédiats	31
Résultats éloignés. Eléments du pronostic éloigné ..	34
Résultat fonctionnel après gastrectomie sub-totale et après gastrectomie totale	39
Observations	41
Gastrectomies sub-totales	41
Gastrectomies totales	108
Indications du traitement chirurgical	121
Conclusions	127
Bibliographie	129



